



รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของชุมชน
โดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
Health Risk Management Model Due to Alcohol, Tobacco and
Substance Abuse of the Community Using Innovation Care for Chronic
Conditions Framework in Surat Thani Province

เอกษา ลิมเวียงสิริวงศ์
Aekkasa Limwiangsiriwong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University

2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของชุมชน
โดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
Health Risk Management Model Due to Alcohol, Tobacco and
Substance Abuse of the Community Using Innovation Care for Chronic
Conditions Framework in Surat Thani Province

เอกษา ลิมเวียงสิริวงศ์
Aekkasa Limwiangsiriwong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University

2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน
โดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้เขียน นายเอกษา ลิ่มเวียงสิริวงศ์

สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ดร.ชอพียะห์ นิมะ) (นพ.อมร รอดคล้าย)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร)

.....กรรมการ
(ดร.ชอพียะห์ นิมะ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มี
ส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ดร.ชอพียะห์ นิมะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ

(นายเอกษา ลี้มเวียงศิริวงศ์)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นายเอกษา ลี้มเวียงสิริวงศ์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน โดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้เขียน	นายเอกษา ลิ่มเวียงสิริวงศ์
สาขาวิชา	การจัดการระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2563

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้วิธีการคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ใช้เครื่องมือ 2 ชนิดคือ แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม จากตัวแทนกลุ่มผู้เป้าหมาย ตัวแทนชุมชน ตัวแทนที่มองครสุขภาพ และตัวแทนผู้กำหนดนโยบาย รวมจำนวนทั้งสิ้น 49 คน ในพื้นที่ 5 ตำบล ของอำเภอบ้านนาสาร มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า

(1) สถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ไม่มีพื้นที่ใดที่มีการดำเนินการได้ครบทุกองค์ประกอบตามกรอบแนวคิด โดยสรุปภาพรวมของการดำเนินงานอยู่ในระดับพอใช้ การดำเนินงานระดับจุลภาคอยู่ในระดับดี ทีมสุขภาพ และทีมชุมชน มีการถ่ายทอดข้อมูล การเตรียมความพร้อม และมีการสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย แต่ในส่วนของกลุ่มเป้าหมายยังขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูล การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนระดับกลางอยู่ในระดับดีมาก ทีมชุมชนมีการดำเนินการค่อนข้างครบทุกประเด็น แต่ในส่วนของทีมสุขภาพยังขาดการสร้างแรงจูงใจจากผู้นำองค์กรในการดำเนินงาน และในระดับมหภาคอยู่ในระดับที่ต้องมีการปรับปรุงในการนำนโยบาย กรอบกฎหมายมาปรับใช้ในพื้นที่อย่างจริงจัง โดยทั้ง 3 ระดับ มีลักษณะการดำเนินงานที่แยกส่วนกัน ขาดการเชื่อมโยง และการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในโครงสร้าง

(2) รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดที่ควรจะเป็นนั้น ควรมีการผลักดันการดำเนินงานที่สำคัญเพิ่มเติมดังนี้

(2.1) ระดับจุลภาค การรับรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูล ต้องมีการช่องทางการรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลให้เพียงพอ เข้าถึงได้ทุกกลุ่มเป้าหมาย การเตรียมความพร้อมในส่วนของทีมสุขภาพ และทีมชุมชน ต้องมีการแจ้งข้อมูลข่าวสารในการดำเนินกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายทราบล่วงหน้า พร้อมกับการมีส่วนร่วม

ของบุคคลในครอบครัวกระตุ้นกลุ่มเป้าหมาย ต้องมีการคืนข้อมูลปัญหา ผลกระทบเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนัก และยกย่องเชิดชูผู้ที่สามารถลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยงได้

(2.2) ระดับกลาง ในส่วนขององค์กรดูแลสุขภาพ ต้องมีการจัดแผนงานโครงการทุกปี ผู้นำองค์กรต้องมีการให้รางวัล ยกย่องชมเชยผู้ที่มีผลการดำเนินงานปัจจัยเสี่ยงที่ดี มีการจัดระบบการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ในส่วนที่ชุมชนต้องมีการการสร้างความตระหนักถึงปัญหาของปัจจัยเสี่ยงฯ ให้รับทราบตั้งแต่ในระดับครอบครัว และชุมชน โดยผู้นำชุมชนต้องเป็นตัวอย่างที่ดี พร้อมทั้งมีการช่วยสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรม เตรียมความพร้อมในด้านคน เงิน และสิ่งของ

(2.3) ระดับใหญ่ ต้องมีการกำหนดเป็นประเด็นปัจจัยเสี่ยงฯ ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำเอานโยบายการสร้างหมู่บ้านสีขาวปลอดยาเสพติด และตำบลจัดการสุขภาพมาประยุกต์ใช้ สร้างธรรมนูญสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ พร้อมทั้งใช้กฎหมายควบคู่กันไป และมีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันในการขับเคลื่อนการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน

ข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษาที่ได้ชี้ให้เห็นว่าในการดำเนินงานเพื่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ตามกรอบแนวคิด ICCC นั้น องค์กรประกอบทั้ง 3 ระดับจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงและสัมพันธ์กันในโครงสร้างหรือในทุกมิติมีการดำเนินงานอย่างเป็นพลวัต อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ในการนำไปทดลองใช้ ทั้งนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผล เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาให้เกิดรูปแบบฯ ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

Thesis Title Health Risk Management Model Due to Alcohol, Tobacco and Substance Abuse of the Community Using Innovation Care for Chronic Conditions Framework in Surat Thani Province

Author Mr.Aekkasa Limwiangsiriwong

Major Program Health System Management

Academic Year 2020

Abstract

This study is descriptive research using qualitative methods. The objective is to study the health risk management model due to alcohol, tobacco and substance abuse of the community using innovation cares for chronic in Surat Thani Province. Data collected between August and November 2019 using 2 types of the research instruments. Is the interview and focus group from the target group community health organization team and representative of policymakers. A total of 49 people in 5 sub districts of Ban Na San-District. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis

The study found that

(1) Health risk management situation from alcohol, tobacco, and substance abuse the community using the ICCC framework. There is no area operating all frames of the concept. In summary, the overall operation is at a fair level. The micro-level operation is good. The health team and the community team are relaying information. Preparation and there is a motivation for target groups But for the target audience, there is a lack of information exchange and preparation to participate in activities. Meso level is very good. The community team has implemented quite all issues. But the health team still lacks motivation from the organization leaders to operate. And at the macro level, it is a level that needs improvement. In bringing the policy, The legal framework to apply in the area seriously. All 3 levels have separate operating characteristics. Lack of connection And interaction within the structure.

(2) Health risk management model due from alcohol, tobacco, and substance abuse the community using the ICCC framework according to the appropriate conceptual framework. There should be additional important actions to be driven as follows

(2.1) Micro level, Perception exchange of information there must be adequate channels of knowledge and information exchange accessible to all target groups. Preparation on the part of the health team and the community team, the target group must be informed in advance of the activity. And use the participation of family members to stimulate the target audience. Problems and impact information must be returned in order to raise awareness of the target group. and praising those who can reduce the risk factors.

(2.2) Meso level, In health care organizations projects must be organized every year. Organizational leaders must reward people who do well. There is a service system organized, both proactive and passive. On the part of the community team, awareness must be raised making the community aware of the risk factors at the family and community level. Community leaders must set a good example Along with supporting and promoting activities prepare man, money, and materials.

(2.3) Micro level, Risk factors must be identified in driving the district level quality of life development. Adopt the policy of building a white village without substance abuse, and health management sub-districts to use. Create a health statute for managing risk factors. And use the law at the same time. And there is a memorandum of agreement to drive the management of risk factors in the community.

Suggestions from the results of the study indicated that in the implementation of risk factor management In accordance with the ICCC conceptual framework. All levels need to be coherent and interrelated in structure or in all dimensions to operate in dynamism. However, there is a possibility of trial. This should be followed up and evaluated to lead to the improvement and development of the model next effective.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือ และให้การช่วยเหลืออย่างดี จาก ดร.ชอพียะห์ นิมะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนวทางการ กระบวนการทำวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อ ยอดความคิด รวมทั้งให้โอกาส ให้กำลังใจ และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของ อาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐฉวี รศ.ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ นพ.อมร รอดคล้าย และ ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร ซึ่งเป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้แนวคิด ข้อเสนอแนะ แนวทางการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างสูง ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช และ ดร.ทพ. วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการ ทำวิทยานิพนธ์ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสถาบันนโยบาย สาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น อสม. และประชาชนในพื้นที่ตำบลน้ำพุ ตำบลท่าชี ตำบลพรุพี ตำบลคลองปราบ และ ตำบลควนสุบรรณ ที่ให้ความกรุณาในการอนุเคราะห์ข้อมูลวิจัย และการอำนวยความสะดวกในการ เก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัย

ขอขอบคุณพี่สุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์ และ พี่ ๆ เจ้าหน้าที่ ตลอดจนজনเพื่อน ๆ ใน สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทุกท่านที่คอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบุพการีผู้อบรมเลี้ยงดู ครอบครัว ที่มีส่วนสนับสนุน คอยให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ความรัก ความห่วงใย โดยเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาเล่าเรียน ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ มีความมุ่งมั่นตั้งใจ และพยายาม จนประสบผลสำเร็จในการศึกษา การ ทำงาน และขอขอบพระคุณผู้ที่ให้การช่วยเหลือให้การสนับสนุน ที่ผู้วิจัยไม่สามารถจะกล่าวนามได้หมด ทุกคน ไว้ ณ ที่นี้ สุดท้ายผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจ

เอกษา ลิ่มเวียงสิริวงศ์

สารบัญ

บทคัดย่อ.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
สารบัญตาราง.....	(11)
สารบัญภาพ.....	(12)
รายงานผลงานที่ตีพิมพ์.....	(13)
สำเนาต้นฉบับที่ได้รับการยอมรับจากผู้พิมพ์ผลงาน.....	(14)
1. บทนำ.....	1
2. คำถามการวิจัย.....	5
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
4. ขอบเขตของการวิจัย.....	6
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
6. นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
8. วิธีดำเนินการวิจัย.....	10
9. ผลการศึกษาและอภิปราย.....	26
10. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	67
11. เอกสารอ้างอิง.....	71
12. ภาคผนวก.....	74
12.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง.....	75
12.2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม.....	94
12.3 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	97
12.4 บทความวิจัยที่ตีพิมพ์.....	98
13. ประวัติผู้เขียน.....	114

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปข้อมูลบริบทพื้นที่ศึกษาที่เกี่ยวข้องในการวิจัย จำแนกรายตำบล.....	11
ตารางที่ 2	สรุปประเด็นข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง โดยจำแนกออกเป็น 3 ชุด	15
ตารางที่ 3	สรุปผลการหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือจำแนกเป็นรายชุด.....	19
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลในสวนที่ 1 จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	26
ตารางที่ 5	สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับจุลภาค	31
ตารางที่ 6	สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับกลาง	34
ตารางที่ 7	สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับมหภาค.....	36
ตารางที่ 8	สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง จำแนกตามพื้นที่ตำบล.....	38
ตารางที่ 9	สรุปสัดส่วนร้อยละของสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชนตาม องค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังของพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล.....	40

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ภาพที่ 2 สรุปกระบวนการขั้นตอนของการวิจัย	25
ภาพที่ 3 สรุปภาพรวมสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง.....	44
ภาพที่ 4 รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบ แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง.....	57

รายงานผลงานที่ตีพิมพ์และการประชุมวิชาการ

1. เอกษา ลี้มเวียงสิริวงศ์ และชอพียะห์ นิมะ. 2563 สถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 3 (3): กันยายน-ธันวาคม 2563).

สำเนาต้นฉบับที่ได้รับการยินยอมจากผู้พิมพ์ผลงาน



วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS
ISSN 2672-9148 (print) ISSN 2651-1711 (online)



วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การตอบรับตีพิมพ์บทความวิจัย

เรียน คุณ เอกษา ลิ่มเวียงสิริวงศ์

ตามที่ท่านส่งบทความวิชาการ เรื่อง “สถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนโดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีผู้สนับสนุนบทความ คือ เอกษา ลิ่มเวียงสิริวงศ์ และ ซอพิยะห์ นิมะ เพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่บทความในวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเป็นวารสารระดับชาติ และ ผ่านการรับรองคุณภาพของ Thai Citation Index (TCI) ถึง - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ นั้น

ในการนี้กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพได้พิจารณาแล้ว ยินดีรับบทความดังกล่าว ลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๓)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.พงษ์ค์ เทพอักษร)

บรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

1. บทนำ

การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเสพสารเสพติด ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศและต่างประเทศ จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบปี 2560 ของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.70 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.10 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงเพียงร้อยละ 0.80 ซึ่งภาคใต้ยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดของประเทศไทย ร้อยละ 24.5 และมีหลายจังหวัดของในภาคใต้ที่มีอัตราการบริโภคยาสูบสูงสุดติดอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศ ได้แก่ จังหวัดกระบี่ (อันดับ 1) นครศรีธรรมราช (อันดับ 2) สตูล (อันดับ 3) ระนอง (อันดับ 5) สงขลา (อันดับ 7) สุราษฎร์ธานี (อันดับ 8) พัทลุง (อันดับ 9) และตรัง (อันดับ 10) มีอัตราการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 28.87, 27.63, 26.95, 25.52, 25.32, 24.36, 24.30 และ 24.22 ตามลำดับ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และปวีณา ปันกระจำจ 2561) สำหรับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2560 พบว่า นักดื่มปัจจุบันหรือผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 15.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.41 โดยมีแนวโน้มที่ลดลง ร้อยละ 3.20 เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2557 โดยภาคใต้มีนักดื่มปัจจุบันในสัดส่วน ร้อยละ 16.05 และยังพบอีกว่าอายุเฉลี่ยของการดื่มครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันลดลงอยู่ที่ 20.14 ปี โดยอายุตอนเริ่มดื่มที่ต่ำสุดคือ 8 ปี (สาวิตรี อัญญาณรงค์กรชัย 2560) และในส่วนของสถานการณ์ของสารเสพติดในประเทศไทย จากการรายงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดในทุกระบบ จำนวน 228,323 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 12,355 คน จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีผู้ผ่านการบำบัดมากที่สุด จำนวน 3,681 คน (กลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาและสารเสพติด กองบริหารการสาธารณสุข 2562) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคสุราและยาสูบ ถือเป็นสองปัจจัยหลักที่องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCDs) โดยมีการประมาณการณ์ผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.00 (วิชญ์ เกษมทรัพย์ และคณะ 2556) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคสุรา และการใช้สารเสพติด ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ในปี 2558 พบว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนบ่อยครั้งมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2560)

การป้องกันและควบคุมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะในเรื่องการบริโภค ยาสูบ และสุราของประเทศไทยถือว่าจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการมี ยุทธศาสตร์ระดับชาติ คือ แผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ 2 ยุทธศาสตร์ คือ แผน ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2558–2562 ในการกำหนดกรอบและทิศทาง การดำเนินงาน ควบคุมยาสูบของประเทศไทย ที่สำคัญในการดำเนินการ 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การสร้างเสริมความ เข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ 2) การป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบ รายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็กเยาวชน และนักสูบหน้าใหม่ 3) การช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ ยาสูบ 4) การควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ 5) การทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย วัน บุหรี่ และ 6) การใช้มาตรการทางภาษีและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ (สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ, 2559) และแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 ที่มีการแปลงแผน ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ไปสู่แผนปฏิบัติการฯ แผนปฏิบัติการ แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ ด้วยการกำหนดมาตรการด้านภาษี ราคา และมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การปรับเปลี่ยนค่านิยม และลดแรง สนับสนุนการดื่ม 3) การลดอันตรายของการบริโภค มี 3 มาตรการ คือ การลดอันตรายจากการ บริโภคบนท้องถนน การลดความรุนแรงของปัญหา และผู้ได้รับผลกระทบจากการบริโภค การป้องกัน และบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ใน ระดับพื้นที่ ได้แก่ การจัดการปัญหาในพื้นที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล การจัดการปัญหาในองค์กร การ จัดการปัญหาในกลุ่มเฉพาะ และ 5) การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง (อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัญญาณรงค์ชัย 2559) นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการตาม มาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูง (Best-buy intervention) ตามข้อเสนอแนะขององค์การ อนามัยโลกไปแล้วหลายประเด็น (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ 2558) แต่วิกฤตปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพดังกล่าวในประเทศไทยก็ยังคงมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับเป้าหมายระดับโลกที่ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ในเป้าหมายที่ 3.4 ลดการการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อลงหนึ่งในสาม เป้าหมายที่ 3.5 ลดจำนวน ผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563 และเป้าหมายที่ 3.a.1 ลด ความชุกการสูบบุหรี่ของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2560) ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนได้ว่ามาตรการและการดำเนินการต่างๆ ที่ดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันที่ ผ่านมาไม่อาจตอบสนองต่อปัญหาวิกฤตปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพดังกล่าวได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบต่างๆ ที่นำมาประยุกต์เพื่อจัดการควบคุมป้องกันยาสูบ สุรา และสารเสพติดนั้น มีการ จัดการทั้งในระดับนโยบาย องค์กร ภาครัฐ ชุมชน แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยงจากผู้มีส่วน เกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ และเอกชน ซึ่งการจัดการปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

เพื่อให้เกิดความยั่งยืนนั้น ควรมีการประสานงานเชื่อมโยงกันระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ บุคลากรภาครัฐ/เอกชน เป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงโลกได้สนับสนุนให้มีการจัดการโดยให้ทุกภาคส่วน ร่วมมือกัน (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ 2558)

กรอบแนวความคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (The Innovative Care for Chronic Conditions: ICC Framework) เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจาก “ต้นแบบการดูแล ภาวะเรื้อรัง” (The Chronic Care Model: CCM) ของ Edward H Wagner ที่มีข้อจำกัดในการ นำไปใช้ (ปัทมา โกมุทบุตร ม.ป.ป.) กรอบแนวคิด ICC เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับภาวะเรื้อรังโดยเน้นการป้องกัน และการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีโครงสร้างประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ระดับจุลภาค (Micro level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว คือ การร่วมมือ ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมสุขภาพ และภาคีเครือข่ายชุมชน ในการทำหน้าที่ ให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และการเตรียมความพร้อมต่อการจัดการภาวะเรื้อรัง ส่วนที่ 2 คือ ระดับกลาง (Meso level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับองค์กรสุขภาพ และชุมชน ที่เน้นความเชื่อมโยงในระบบการจัดการอย่าง ต่อเนื่องตามบทบาทหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย ส่วนที่ 3 ระดับมหภาค (Macro level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการภาวะเรื้อรัง (World Organization 2002) โดยองค์การอนามัยโลก ได้ระบุว่า เป็นรูปแบบที่สามารถใช้ได้ดีทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพบว่ามี หลายประเทศที่มีการนำเอากรอบแนวความคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ การ ดำเนินงาน ซึ่งได้ผลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังเป็นอย่างดี (R.Nuno et al. 2012)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาวิจัยโดยนำเอาแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการ ดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยนำเอากรอบแนวคิด ICC มาศึกษาในระดับจุลภาคของการมีส่วนร่วม ของ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงและสมาชิกในครอบครัว กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ทีมสุขภาพ ในการให้ ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการเตรียมความพร้อม โดยมีการสร้างโปรแกรมกิจกรรม ดังนี้ (1) การให้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน วิธีการและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน โรคเบาหวานด้วยการอบรมบรรยาย และซักถามย้อนกลับ การให้บทความเสียงตามสายผ่านหอกระจาย ข่าว การใช้สื่อแผ่นพับ โปสเตอร์ และคู่มือการป้องกันโรคเบาหวาน (2) การสร้างแรงจูงใจ ในการ ปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ การยึดมั่นต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันในระยะยาว ทักษะ การจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง แรงจูงใจในการใช้เครื่องมือในการติดตามตนเอง โดยใช้เทคนิคการ อบรมฝึกปฏิบัติ การสนทนากลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้าน การพูดคุยกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ และ บันทึกรูปการปฏิบัติตัว (3) การเตรียมความพร้อมด้วยการฝึกทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในการ ออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด และฝึกการปฏิบัติตัว โดยใช้เทคนิคการ ประชุมกลุ่ม และการอบรมฝึกปฏิบัติ และมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมห่วงการป้องกันโรคเบาหวานในการ

ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนเข้าร่วม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญด้วยเช่นกัน (อกนิษฐ์ ชาติกิจอนันต์ 2557) และมีการนำเอากรอบแนวคิด ICCC ระดับจุลภาค และระดับกลาง มาศึกษาพัฒนาใช้ในระบบการดูแลผู้พิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based Rehabilitation : CBR) มีแนวคิดเกี่ยวกับระบบดูแลคนพิการที่สำคัญ ประกอบด้วย 4 แนวคิดสำคัญ คือ (1) การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ เป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดเวลาของการเจ็บป่วยด้วยความเนิ่นยาที่ไร้รอยต่อ ในการประสานการดูแลระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ (2) ความเข้มแข็งของครอบครัว คือการที่สมาชิกของครอบครัวมีการปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารทางบวก มีความใกล้ชิดผูกพัน มีการใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณภาพ และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว (3) ศักยภาพชุมชน ให้มีลักษณะของการรวมกลุ่ม มีการประชุมปรึกษาหารือ ช่วยกันคิด ช่วยกันทำเพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ ลุล่วงไปด้วยดี มีหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มได้ทุกระดับ โดยในกลุ่มต้องมีทักษะความสามารถสูง การตั้งใจ ความรู้ และทัศนคติเป็นอย่างดี ทำงานได้ถูกต้อง และรับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกตามความจำเป็น (4) การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มต้องมีปฏิสัมพันธ์กันและกัน โดยจากแนวคิดและหลักสำคัญดังกล่าวนำไปสู่แนวทางการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่เรียกว่า “ต้นไม้เพิ่มสุขคนพิการ” ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากระบบการดูแลดังกล่าว พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ทางผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญใน 3 ประเด็นหลัก คือ (1) ตัวคนพิการมีแนวโน้มที่ดีขึ้นใน 9 ประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ และบริการสุขภาพ มีความรู้และทักษะการดูแลตนเอง การฟื้นฟูร่างกาย การพัฒนาจิตใจ การพัฒนาจิตวิญญาณ การเข้าสู่สังคม การดำรงชีวิตอิสระ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (2) ผู้ดูแลและครอบครัวคนพิการ ได้แก่ มีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ ลดภาระการดูแล ลดความเครียดสามารถจัดการความเครียดได้ และเกิดความผูกพันและความเข้มแข็งในครอบครัว (3) ภาคีหุ้นส่วนจิตอาสาดูแลคนพิการ ได้แก่ ความภาคภูมิใจและความสุขที่ได้ช่วยเหลือ มีความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ เกิดกิจกรรมการดูแลคนพิการ และเกิดความผูกพันและความเข้มแข็งในชุมชน (รัชณี สรรเสริญ และคณะ 2556) แต่ยังไม่ปรากฏพบผลงานวิจัยที่นำเอากรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และยาเสพติด

จากแนวคิด ICCC ข้างต้นมีความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และยาเสพติด ผู้ศึกษาจึงได้เลือกพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่กรณีศึกษา เนื่องจากอำเภอนาสารเป็นพื้นที่นำร่องในการทำโครงการพัฒนาศักยภาพกลไก

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ของเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งพื้นที่ได้มีการกำหนดเป็นประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ปี 2561-2562 มีการนำร่องในการขับเคลื่อนอำเภอปลอดบุหรี่ ในปี 2560 และการใช้กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) ประกอบกับมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงที่สุดของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 15.68 จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ (HCD, 2561) โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ของชุมชนตามกรอบคิด ICCC ที่มีการดำเนินการอยู่แล้วว่ามีดำเนินการเป็นอย่างไร และยังมีช่องว่างในส่วนใดที่จะต้องดำเนินการเพิ่มเติม ซึ่งนำไปสู่การสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดตามกรอบแนวคิด ICC ที่สามารถเป็นแนวทางการปฏิบัติ นำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

2. คำถามวิจัย

1. สถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในปัจจุบันเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังควรเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนในปัจจุบัน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง
2. เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

4. ขอบเขตการวิจัย

4.1 ขอบเขตเชิงพื้นที่

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 5 เขตการปกครอง ได้แก่ ตำบลน้ำพุ ตำบลท่าชี ตำบลพรุพี ตำบลคลองปราบ และตำบลควนสุบรรณ โดยผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ดังกล่าวดำเนินการวิจัย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินการโครงการปัจจัยลดเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยมีแผนงานโครงการขึ้นอยู่ในระบบติดตามของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2561)

4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทในการดำเนินงานโครงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดในชุมชน ของพื้นที่เป้าหมาย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1.กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายโครงการ 2.กลุ่มภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชน 3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน

4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม 2561 ถึงเดือนธันวาคม 2562 จำนวน 24 เดือน

4.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาศาสนาการณ์ และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับจุลภาค (micro level) ระดับตัวกลาง (meso level) และระดับมหภาค (macro level)

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดของชุมชนโดยนำเอากรอบแนวคิด ICCC เป็นแนวคิดเริ่มต้นในการศึกษาซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ส่วน คือ

1. ระดับจุลภาค (micro level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน และทีมดูแลสุขภาพที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุรายาสูบ และสารเสพติด ในการร่วมมือกันในการทำหน้าที่ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการเตรียมความพร้อมต่อการจัดการ

2. ระดับกลาง (meso level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องระหว่างองค์กรสุขภาพที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุรายาสูบ และสารเสพติด กับชุมชน ที่เน้นความเชื่อมโยงในระบบการจัดการอย่างต่อเนื่องตามบทบาทหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย ดังนี้

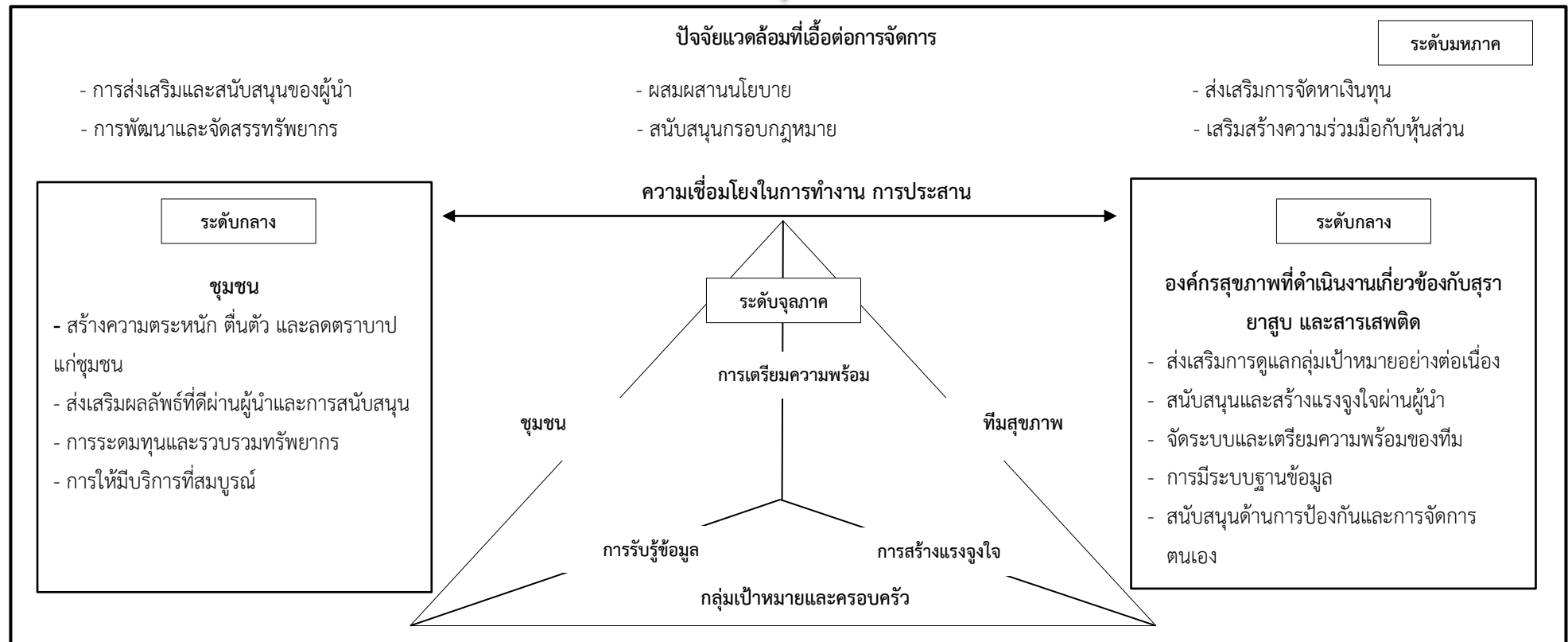
2.1 องค์กรสุขภาพ ส่วนที่สนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเมื่อเชื่อมโยงกับชุมชน กลุ่มเป้าหมายและครอบครัว ได้แก่ การส่งเสริมการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านผู้นำ การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม การมีระบบฐานข้อมูล และการสนับสนุนด้านการป้องกันและการจัดการตนเอง

2.2 ชุมชน ส่วนที่สนับสนุนให้ทีมภาคีเครือข่ายในชุมชน สามารถดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ให้กับกลุ่มเป้าหมายและครอบครัว ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานกับองค์กรสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ การสร้างความตระหนัก และลดความรู้สึกเป็นปมด้อยหรือตราบาปของผู้ป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนจากผู้ การระดม และประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชน และการเตรียมให้บริการที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล

3. ระดับมหภาค (macro level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการ ได้แก่ นโยบาย งบประมาณ กรอบกฎหมาย ภาวะผู้นำ ภาคีเครือข่าย และทรัพยากร (World Organization, 2002)

พร้อมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงในระดับจุลภาค กลาง และมหภาค ต่อการกำหนดรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิด ICCC รายละเอียดดังภาพที่ 1

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

สถานการณ์จัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพเรื้อรัง หมายถึง เหตุการณ์ของการดำเนินการของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสุขภาพ และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการป้องกันหรือลดองค์ประกอบด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม ระบบกลไก หรือสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในชุมชนตามองค์ประกอบของโครงสร้างทั้ง 3 ระดับ ของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพเรื้อรังที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพเรื้อรัง หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสุขภาพ และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการป้องกันหรือลดองค์ประกอบด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม ระบบกลไก หรือสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในชุมชน ที่มีการดำเนินการครบตามองค์ประกอบของโครงสร้างทั้ง 3 ระดับ ของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพเรื้อรัง ดังนี้

ระดับจุลภาค หมายถึง แนวทางปฏิบัติร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มเป้าหมาย ทีมสุขภาพ และทีมชุมชน ในการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด

ระดับกลาง หมายถึง แนวทางปฏิบัติร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรสุขภาพกับชุมชน และความเชื่อมโยงในการดำเนินงานจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด โดยในส่วนขององค์กรดูแลสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านผู้นำ การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม การมีระบบฐานข้อมูล และการสนับสนุนด้านการป้องกันและการจัดการตนเอง และในส่วนของชุมชน ได้แก่ การสร้างความตระหนัก และลดความรู้สึกเป็นปมด้อยหรือตราบาปของผู้ป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนจากผู้นำ การระดม และประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชน และการเตรียมให้บริการที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล

ระดับมหภาค หมายถึง แนวทางปฏิบัติของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสุขภาพ และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ได้แก่ นโยบาย งบประมาณ กรอบกฎหมาย ภาวะผู้นำ ภาคีเครือข่าย และทรัพยากร

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดของชุมชน นำไปสู่การวางแผนกำหนดทิศทางการพัฒนาการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสุขภาพ และชุมชน ดังนี้

2.1 ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย ทีมสุขภาพ และชุมชนสามารถนำแนวทางการปฏิบัติไปใช้ในการถ่ายทอดข้อมูล การเตรียมความพร้อม และการสร้างแรงจูงใจ ออกแบบกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในพื้นที่

2.2 ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรสุขภาพ สามารถนำแนวทางการปฏิบัติไปสู่การพัฒนาระบบการทำงาน การบริการขององค์กร ในการลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรสุขภาพ สามารถนำแนวทางการปฏิบัติไปสู่การสร้างปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในพื้นที่

8. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเครื่องมือวิธีการเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีขั้นตอนในการศึกษา 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนในปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

8.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูล ในพื้นที่ตำบลพรุพี ตำบลควนสุบรรณ ตำบลท่าชี ตำบลน้ำพุ และตำบลคลองปราบ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีการเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) สำหรับใช้เป็นกรณีศึกษา มีเกณฑ์ประกอบพิจารณา คือ เป็นพื้นที่ตำบลที่มีการดำเนินการโครงการปัจจัยลดเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดภายใต้กลไกของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องใน ปี 2561-2562 ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลบริบทพื้นที่ศึกษาที่เกี่ยวข้องในการวิจัยของทั้ง 5 ตำบล ไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปข้อมูลบริบทพื้นที่ศึกษาที่เกี่ยวข้องในการวิจัย จำแนกรายตำบล

ประเภทข้อมูล	พื้นที่ศึกษา (ตำบล)				
	พรุพี	ควนสุบรรณ	ท่าชี	น้ำพุ	คลองปราบ
พื้นที่และประชากร					
จำนวนหมู่บ้าน	7	7	6	6	5
จำนวนประชากร	5,698	5,374	4,976	5,662	3,863
จำนวนหลังคาเรือน	2,153	2,715	1,483	1,997	1,299
หน่วยบริการสุขภาพ					
รพ.สต.ในพื้นที่	2	1	1	1	1
อัตรากำลังทีมสุขภาพ					
นักวิชาการสาธารณสุข	4	3	2	2	3
พยาบาลวิชาชีพ	2	1	1	2	1
แพทย์แผนไทย	-	2	-	1	1
นักกายภาพบำบัด	-	-	-	1	-
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	-	1	-	1	-
เจ้าพนักงานธุรการ	2	1	1	1	1
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	2	-	-	-	-
พนักงานทำความสะอาด	2	-	1	-	-
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	-	1	-	1	-
รวมบุคลากรทั้งหมด	10	9	5	9	6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	พื้นที่ศึกษา (ตำบล)				
	พรุพี	ควนสุบรรณ	ท่าชี	น้ำพุ	คลองปราบ
อสม.	117	127	124	114	85

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง 2561, และข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ 2562)

โดยพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล มีโรงพยาบาลบ้านนาสาร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง เป็นหน่วยบริการแม่ข่าย สำหรับหน่วยบริการสุขภาพแต่ละแห่งจะมีการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงานด้านต่าง ๆ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการ สำหรับการทำงานเรื่องของการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรกายาสูบ และสารเสพติด ในทุกหน่วยบริการจะมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้นักวิชาการสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพในการรับผิดชอบงาน อย่างน้อยหน่วยบริการละ 1 คน โดยอาจมีบางหน่วยบริการที่แบ่งแยกงานเป็น 2 คน ในการรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับสุรกายาสูบ 1 คน และสารเสพติด อีก 1 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ตามอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ

8.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรกายาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ทั้งในระดับอำเภอ และระดับตำบล ทั้ง 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลพรุพี ตำบลคลองปราบ ตำบลควนสุบรรณ ตำบลท่าชี และตำบลน้ำพุ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามโครงสร้างของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ดังนี้

1. กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายโครงการ ได้แก่ ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรกายาสูบ และสารเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน
2. กลุ่มเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพจากสุรกายาสูบ และสารเสพติดในชุมชน จากเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรที่ให้บริการที่มุดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุรกายาสูบ และสารเสพติด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลบ้านนาสาร สำนักงานสาธารณสุขบ้านนาสาร

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการเก็บข้อมูลขั้นตอนที่ 1

การศึกษาวิจัยขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน และ 2) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เป็นตัวแทนการให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ รวมทั้งหมด จำนวน 33 คน โดยมีการแบ่งผู้ให้ข้อมูล เป็น 3 กลุ่มตามองค์ประกอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ดังนี้

1. ผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายโครงการ จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้ที่เข้าร่วมโครงการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน ตำบลละ 2 คน
2. เครือข่ายในชุมชน จำนวน 16 คน ได้แก่
 - เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล กองทุนฯ ละ 1 คน ได้แก่ นายกเทศบาล/อบต. (องค์การบริหารส่วนตำบล) หรือผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการปัจจัยเสี่ยงฯ ของกองทุนสุขภาพตำบล รวม 5 คน
 - กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตำบลละ 1 คน รวม 5 คน
 - อสม. ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ละ 1 คน รวม 6 คน
3. ทีมสุขภาพที่ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับตำบล จำนวน 7 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลละ 1 คน ยกเว้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนสุบรรณ จำนวน 2 คน เนื่องจากมีผู้รับผิดชอบงาน 2 คน โดยแยกระหว่างงานเหล่า บุหรี่ และงานยาเสพติด

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการเก็บข้อมูลขั้นตอนที่ 2

การศึกษาวิจัยขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลขั้นตอนที่ 1 จำนวน 13 คน ที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ 1) สามารถให้ข้อมูลในการดำเนินงานหรือการมีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนได้อย่างชัดเจน และ 2) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในระดับอำเภอที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ เพิ่มอีกจำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 16 คน สำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามองค์ประกอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ดังนี้

1. กลุ่มตัวแทนผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายโครงการ จำนวน 5 คน เป็นตัวแทนจากแต่ละตำบล

2. กลุ่มเครือข่ายในชุมชน จำนวน 4 คน ได้แก่ ตัวแทนผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตัวแทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทน อสม. ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง

3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรที่ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับตำบล และระดับอำเภอ จำนวน 7 คน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร โรงพยาบาลบ้านนาสาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง และตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) สำหรับการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความสมัครใจตรงตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัยที่ได้รับไว้ข้างต้นแล้ว
2. ไม่จำกัดเพศ มีอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารโต้ตอบได้อย่างชัดเจน
4. มีความยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria) สำหรับผู้เข้าที่ร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะพิจารณาคัดออกเมื่อ พบว่า การวิจัยมีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย หรือรู้สึกเสี่ยงจากการวิจัย และมีผลกระทบต่องานวิจัย

8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง จำนวน 3 ชุด (2) แนวคำถามสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ชุด และเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured Interview)

ผู้วิจัยนำเอาแนวคิด determinants of health และกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาประยุกต์ มาใช้เป็นข้อคำถามตามองค์ประกอบ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างโดยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face to face interview) ในการเก็บข้อมูล เนื่องจากลักษณะของข้อคำถามในแต่ละประเด็นเป็นมีความซับซ้อนหลายเงื่อนไข จึงมีความจำเป็นต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อที่จะได้ข้อมูลเชิงลึกมากที่สุด ซึ่งข้อคำถามผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบนพื้นฐานความรู้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างแบ่งออกเป็น 3 ชุด ตามลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ทั่วไปในการจัดการปัจจัย

เสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดของชุมชนในปัจจุบัน การเชื่อมโยงการจัดการระหว่างกลุ่มเป้าหมาย ทีมชุมชน และทีมสุขภาพ ในการรับรู้ ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนข้อมูล การเตรียมความพร้อมในการดำเนินการ การสร้างแรงจูงใจ และปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดในชุมชน โดยใช้ข้อคำถามลักษณะปลายเปิด แนวคำถามประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ/ตำแหน่ง ตำบลที่อาศัย/หน่วยงาน/สถานที่ปฏิบัติงาน สถานภาพ เข้ารับบริการหรือเข้าร่วมกิจกรรม/บทบาทหน้าที่ ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม /ประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามทั่วไปในการสัมภาษณ์ ใช้ถามเหมือนกับทุกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยมีข้อคำถาม ได้แก่ การดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดของชุมชนในปัจจุบัน 3 ด้าน (บุคคล, สิ่งแวดล้อม, ระบบกลไก) การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างภาคีเครือข่าย การจัดทำหรือนำนโยบายมาประยุกต์ใช้ การส่งเสริมการจัดหาทรัพยากร งบประมาณการนำกรอบกฎหมายหรือข้อตกลงมาปรับใช้ การส่งเสริมและสนับสนุนจากผู้นำ การพัฒนาการดำเนินงาน และการสนับสนุน ชักชวนในการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดในชุมชน

ส่วนที่ 3 เป็นแนวคำถามเฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มของผู้ให้ข้อมูล ตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละเป็นของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

ซึ่งสามารถสรุปประเด็นข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ทั้ง 3 ชุด ตามตารางที่ 2 และในส่วนรายละเอียดทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างทั้ง 3 ชุด อยู่ในภาคผนวก

ตารางที่ 2 สรุปประเด็นข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง โดยจำแนกออกเป็น 3 ชุด

ประเด็นคำถาม	แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง		
	ชุดที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย	ชุดที่ 2 ทีมชุมชน	ชุดที่ 3 ทีมสุขภาพ
ส่วนที่ 1			
เพศ	/	/	/
อายุ	/	/	/
ระดับการศึกษา	/	/	/
ตำแหน่ง	-	/	/
ตำบลที่อาศัย	/	-	-
หน่วยงาน/สถานที่ปฏิบัติงาน	-	/	/
สถานภาพเข้ารับบริการหรือเข้าร่วมกิจกรรม	/	-	-

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง		
	ชุดที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย	ชุดที่ 2 ทีมชุมชน	ชุดที่ 3 ทีมสุขภาพ
ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม	/	-	-
ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฯ	-	/	/
ส่วนที่ 2			
การดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ใน ปัจจัย 3 ด้าน (บุคคล,สิ่งแวดล้อม,ระบบกลไก)	/	/	/
การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม	/	/	/
การสร้างภาคีเครือข่าย	/	/	/
การจัดทำหรือนำนโยบายมาประยุกต์ใช้	/	/	/
การส่งเสริมการจัดหาทรัพยากร งบประมาณ	/	/	/
การนำกรอบกฎหมายหรือข้อตกลงมาปรับใช้	/	/	/
การส่งเสริมและสนับสนุนจากผู้นำ	/	/	/
การพัฒนาการดำเนินงาน สนับสนุนบุคลากร	/	/	/
การชักชวนในการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ	/	/	/
ส่วนที่ 3			
การรับรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูล			
- การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบ และการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชน	/	/	/
- การรับรู้ข้อมูลโทษ พิษภัย ผลกระทบ การลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยงฯ	/	-	-
- การรับรู้ข้อมูลความรู้วิชาการในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน	-	/	/
- การแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบ การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน และความรู้วิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	/	/	/

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง		
	ชุดที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย	ชุดที่ 2 ทีมชุมชน	ชุดที่ 3 ทีมสุขภาพ
การเตรียมความพร้อม			
- การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม	/	-	-
- การเตรียมความพร้อมของตนเอง และทีมในการจัดกิจกรรม	-	/	/
- การเตรียมพร้อมให้กับกลุ่มเป้าหมาย	-	/	/
การสร้างแรงจูงใจ			
- การสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม	/	-	-
- การสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน	-	/	/
- การสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย	-	/	/
ระบบการจัดการของชุมชน และองค์กรสุขภาพ			
- การสร้างความตระหนัก ตื่นตัว ลดตราบาป	-	/	-
- การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของชุมชน และทีมสุขภาพ	/	/	/
- การจัดกิจกรรม ระบบบริการของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	-	-	/
- การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ	-	-	/
- การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจจากผู้นำ	-	-	/
- การจัดการและเตรียมความพร้อมของทีม	-	-	/
- การใช้ระบบฐานข้อมูล	-	-	/
- การสนับสนุนการป้องกันและจัดการตนเอง	-	-	/
- การสร้างความตระหนัก ตื่นตัว ลดตราบาป	-	/	-
- การบริหารจัดการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆที่เอื้อต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ที่มีประสิทธิภาพ	-	/	-

หมายเหตุ / หมายถึง มีประเด็นคำถามดังกล่าวในแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง

- หมายถึง ไม่มีประเด็นคำถามดังกล่าวในแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง

แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus group)

ผู้วิจัยนำเอากรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาประยุกต์ และผลจากการศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน มาสร้างแนวคำถามสำหรับเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในการสร้างรูปแบบจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาประยุกต์ โดยการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 1 ครั้ง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายโครงการ มีแนวคำถามในการสนทนา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ วิธีการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ วิธีการหรือกระบวนการใดที่ทำให้อยากเข้าร่วมกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี กระบวนการดำเนินงานร่วมระหว่างชุมชน ทีมสุขภาพที่ดี กระบวนการนำเอานโยบาย กฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกัน ที่เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดมาใช้เป็นนโยบายสาธารณะในชุมชน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเครือข่ายในชุมชน มีแนวคำถามในการสนทนา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ วิธีการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ วิธีการหรือกระบวนการใดที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชนจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี กระบวนการดำเนินงานร่วมระหว่างชุมชน กับองค์กรสุขภาพ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องที่ดี กระบวนการนำเอานโยบาย กฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกัน ที่เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดมาใช้เป็นนโยบายสาธารณะในชุมชน และกระบวนการจัดหาทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้มีความพร้อมในจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเครือข่ายองค์กรหรือทีมที่ให้บริการดูแลสุขภาพ มีแนวคำถามในการสนทนา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ วิธีการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพทั้งเชิงรุก และเชิงรับ กระบวนการดำเนินงานร่วมระหว่างชุมชน กับองค์กรสุขภาพหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องที่ดี กระบวนการนำเอานโยบาย กฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกัน ที่เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดมาใช้เป็นนโยบายสาธารณะในชุมชน และกระบวนการจัดหาทรัพยากร (คน เงิน สิ่งของ ระบบฐานข้อมูล) ให้มีความพร้อมในจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างทั้ง 3 ชุด และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ทั้ง 3 กลุ่ม ที่ได้จัดทำขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพ 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิธีวิจัยคุณภาพ และ 3) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเหล่า บุหรี่ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องด้านภาษา และความครอบคลุม เพื่อปรับปรุงและแก้ไขให้ถูกต้อง และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ก่อนการนำไปเก็บข้อมูล โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แนใจว่าข้อคำถามตรงและเหมาะสมกับจุดประสงค์/เนื้อหา

ให้คะแนน 0 หมายถึง แนใจว่าข้อคำถามตรงและเหมาะสมกับจุดประสงค์/เนื้อหา

ให้คะแนน -1 หมายถึง แนใจว่าข้อคำถามไม่ตรงและเหมาะสมกับจุดประสงค์/เนื้อหา

แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) จากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ซึ่งผลการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเป็นรายชุด มีผลสรุปดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปผลการหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือจำแนกเป็นรายชุด

เครื่องมือ	ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา
แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง	
ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย	0.83
ชุดที่ 2 สำหรับเครือข่ายองค์กรดูแลสุขภาพ	1.00
ชุดที่ 3 สำหรับเครือข่ายในชุมชน	1.00

ตารางที่ 3 (ต่อ)

เครื่องมือ	ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา
แนวคำถามการสนทนากลุ่ม	
ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย	0.74
ชุดที่ 2 สำหรับเครือข่ายองค์กรดูแลสุขภาพ	0.79
ชุดที่ 3 สำหรับเครือข่ายในชุมชน	0.86

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มีการนำเอาเครื่องมือไปทดลองใช้ในพื้นที่ตำบลกระเปียด อำเภอดวง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา และปรับลักษณะภาษาของข้อคำถามให้เข้าใจง่ายมากขึ้น

8.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งออกเป็นระยะ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมเตรียมการ ระยะเก็บข้อมูล และระยะตรวจสอบข้อมูล ดังนี้

ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยได้เข้าทำความรู้จักกับพื้นที่โดยการเข้าร่วมกิจกรรมประชุมต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดที่ทางสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ร่วมกับทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 สุราษฎร์ธานี จัดขึ้น

2. ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัวกับสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร ผู้รับผิดชอบงานปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร โรงพยาบาลบ้านนาสาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่ตำบลพรุพี ตำบลคลองปราบ ตำบลควนสุบรรณ ตำบลท่าชี และตำบลน้ำพุ โดยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย แนวทางการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายถึงคุณค่าและความสำคัญของข้อมูลที่จะได้ รวมถึงพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมีเป้าหมายร่วมกัน พร้อมทั้งขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือส่งจากสถาบันนโยบายสาธารณะถึงสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนาสาร นายกองค้การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ผู้นำชุมชนใน

พื้นที่ตำบลพรุพี ตำบลคลองปราบ ตำบลควนสุบรรณ ตำบลท่าชี และตำบลน้ำพุ เพื่อชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย และขอความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัย รวมถึงผู้ช่วยนักวิจัยเก็บ ข้อมูลประกอบการทำวิจัยครั้งนี้

4. ประชุมเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกัน เกี่ยวกับข้อคำถาม รวมถึงกำหนดแผน ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน

ระยะรวบรวมข้อมูล แบ่งออกออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา และสถานที่ ที่ได้นัดหมายไว้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้ากับผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง จำนวนทั้งหมด 33 คน โดยผู้วิจัยเริ่มจากการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาด้วยเครื่องบันทึกเสียง แล้วจึงเริ่มพูดคุยซักถามทั่วไป และซักถามตามประเด็นข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ผู้วิจัยไม่มีการชี้แนะหรือแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ เพียงกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงสิ่งต่าง ๆ ให้ครอบคลุมชัดเจนตามประเด็นที่สนใจศึกษา โดยในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการจดบันทึกบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลลงในแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง

ช่วงที่ 2 การเป็นการศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวแทนผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายโครงการ จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเครือข่ายในชุมชน จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเครือข่ายองค์กรที่ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับตำบล และระดับอำเภอ จำนวน 7 คน

โดยผู้วิจัยได้เชิญผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการสนทนากลุ่มตามวัน เวลา สถานที่ ที่นัดหมาย ซึ่งได้มีการเลือกให้เหมาะสมกับความสะดวกในการเดินทางของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลส่วนตัวก่อนการสนทนา เมื่อให้ผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะเริ่มสนทนา ผู้วิจัยจึงทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การสนทนากลุ่ม การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการสนทนากลุ่มด้วยการพูดคุยสร้างบรรยากาศด้วยความเป็นกันเอง แล้วมีการนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาศาสนาการณ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามองค์ประกอบของกรอบ

แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ที่ได้จากการเก็บข้อมูลในช่วงที่ 1 เพื่อเชื่อมโยงเข้าประเด็นการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยจะเปิดประเด็นคำถามที่ละเอียดแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นก่อนแบบอิสระโดยไม่มีการกำหนดลำดับก่อน-หลังของผู้ให้ข้อมูลในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งทางผู้วิจัยจะสังเกตหากผู้ให้ข้อมูลท่านใดยังไม่มีการแสดงความคิดเห็น ก็มีการกระตุ้นให้มีการแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอ เพื่อจะนำไปสู่แนวทางการสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ที่ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มเฉลี่ย 120 นาที

ระยะเวลาการตรวจสอบข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมทั้ง 2 ขั้นตอน ที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้มีการตรวจสอบข้อมูลแบบการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ดังนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยผู้วิจัยจะสรุปคืนข้อมูลหลังจากการเก็บรวบรวมให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบในแบบบันทึกข้อมูลว่าตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลไว้หรือไม่
2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Method triangulation) โดยผู้วิจัยนำเอาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้ามาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้มาจากการวิธีการสนทนากลุ่มมาพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้สอดคล้องกันหรือไม่
3. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูล (Investigator triangulation) โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลจากการเก็บรวบรวมของผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย มาตรวจสอบผลของข้อมูลว่ามีความเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร

8.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีวิธีการในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ถอดเทปข้อมูลบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า และการสนทนากลุ่ม หลังการสัมภาษณ์ทันที โดยทำการถอดเทปอย่างละเอียดแบบคำต่อคำ พร้อมกับพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากกรจดบันทึก
2. จัดระเบียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า และการสนทนากลุ่ม โดยการนำข้อมูลจากการจดบันทึก และการถอดเทปบันทึกเสียงมาอ่านซ้ำเพื่อหาข้อมูลที่เข้าข่ายในแต่ละประเด็นของกรอบแนวคิด

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับคุณลักษณะของทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดในชุมชน ตามองค์ประกอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังที่เป็นลักษณะคำตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ในการอธิบายบรรยาย และสรุปผลการวิจัย โดยในส่วนของข้อมูลสรุปการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดในชุมชน ตามองค์ประกอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในแต่ละองค์ประกอบของแต่ละชุมชน ผู้วิจัยมีการกำหนดเป็นค่าน้ำหนักคะแนน ดังนี้

- ข้อมูลที่สรุปว่าชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมครบตามองค์ประกอบในประเด็นดังกล่าว จะให้ค่าน้ำหนักคะแนน เท่ากับ 1

- ข้อมูลที่สรุปว่าชุมชนยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมครบตามองค์ประกอบในประเด็นดังกล่าว จะให้ค่าน้ำหนักคะแนน เท่ากับ 0

- ข้อมูลที่สรุปว่าชุมชนมีดำเนินกิจกรรมแต่ยังไม่ครบตามองค์ประกอบในประเด็นดังกล่าว จะให้ค่าน้ำหนักคะแนน เท่ากับ 0

ซึ่งจะมีการนำคะแนนดังกล่าวมาคิดเป็นสัดส่วนร้อยละทั้งในระดับของชุมชน แต่ละตำบล และแต่ละองค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง โดยมีการจำแนกเป็นระดับสัดส่วนคะแนน และแปลผล ดังนี้

ระดับดีมาก	มีค่าสัดส่วนคะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 80 – 100
ระดับดี	มีค่าสัดส่วนคะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 70 – 79
ระดับปานกลาง	มีค่าสัดส่วนคะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 69
ระดับพอใช้	มีค่าสัดส่วนคะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 50 – 59
ระดับปรับปรุง	มีค่าสัดส่วนคะแนน ต่ำกว่า ร้อยละ 50

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) นำข้อมูลมาทบทวนอีกครั้งโดยละเอียด และตีความ พร้อมทำการสกัดข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

2) นำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันมาไว้ในกลุ่มเดียวกันตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดการดูแลภาวะเรื้อรัง

3) ดำเนินการเขียนอธิบายสิ่งที่ค้นพบ พร้อมยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักที่สำคัญได้ เพื่อแสดงความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่พบตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดการดูแลภาวะเรื้อรัง

8.5 จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 002/62

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เป็นการยินยอมด้วยวาจา และมีการลงนามในเอกสารยินยอมการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้รับการตอบรับ/ยินยอมพร้อมใจในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร (informed-consent) ข้อมูลทุกอย่างมีการเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยวางตัวเป็นกลาง และดำเนินกิจกรรมเสมือนเป็นผู้ร่วมวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมายมีการนำเสนอข้อมูลต่างๆ โดยไม่ให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย

8.7 สรุปขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปกระบวนการขั้นตอนของการวิจัยในครั้งนี้ได้ ดังภาพที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของชุมชนในปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด ICCC	
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนในปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด ICCC
วิธีการดำเนินการ	ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า
กลุ่มตัวอย่าง	คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ จำนวน 33 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายโครงการ จำนวน 10 คน 2. เครือข่ายในชุมชน จำนวน 16 คน 3. ทีมสุขภาพที่ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับตำบล จำนวน 7 คน
เครื่องมือที่ใช้	ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง จำนวน 3 ชุด ตามกลุ่มตัวอย่าง
วิเคราะห์ข้อมูล	ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยนำข้อมูลมาจัดระเบียบตามหมวดหมู่องค์ประกอบของกรอบแนวคิด ICCC
ผลที่ได้	ทราบถึงสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนในปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด ICCC



ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด ICCC	
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด ICCC
วิธีการดำเนินการ	ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 1 ครั้ง เวลาเฉลี่ยประมาณ 120 นาทีต่อกลุ่ม โดยการคืนข้อมูลผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 แล้วสอบถามประเด็นเพิ่มเติมในองค์ประกอบที่ยังไม่สมบูรณ์ตามกรอบแนวคิด ICCC
กลุ่มตัวอย่าง	คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลขั้นตอนที่ 1 จำนวน 13 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในระดับอำเภอ เพิ่มอีกจำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 16 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามองค์ประกอบแนวคิด ICCC <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มตัวแทนผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 คน 2. กลุ่มเครือข่ายในชุมชน จำนวน 6 คน 3. กลุ่มเครือข่ายองค์กรดูแลสุขภาพในระดับตำบล และระดับอำเภอ จำนวน 7 คน
เครื่องมือที่ใช้	ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ชุด ตามกลุ่มตัวอย่าง
วิเคราะห์ข้อมูล	ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยนำข้อมูลมาจัดระเบียบตามหมวดหมู่องค์ประกอบของกรอบแนวคิด ICCC
ผลที่ได้	ได้รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนในปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด ICCC

ภาพที่ 2 สรุปกระบวนการขั้นตอนของการวิจัย

9. ผลการศึกษา และการอภิปรายผล

ผลการศึกษา แบ่งการนำเสนอเป็น 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ส่วนที่ 3 รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง และส่วนที่ 4 การอภิปรายผล

9.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง และ 2. ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิด

1. ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง จำนวน 33 คน โดยแบ่งเป็นออก 3 กลุ่ม มีผลการศึกษารายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลในส่วนที่ 1 จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป	ประเภทของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
	กลุ่มเป้าหมาย (n=10)	ทีมชุมชน (n=16)	ทีมสุขภาพ (n=7)
กลุ่มอายุ			
≤ 29 ปี	-	3	1
30 – 39 ปี	-	7	1
40 – 49 ปี	-	5	3
50 – 59 ปี	6	1	2
60 – 69 ปี	2	-	-
70 – 79 ปี	2	-	-

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ประเภทของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
	กลุ่มเป้าหมาย (n=10)	ทีมชุมชน (n=16)	ทีมสุขภาพ (n=7)
อาชีพ			
เกษตรกร	10	6	-
ข้าราชการ	-	10	5
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้าง	-	-	2
บทบาทหน้าที่/ตำแหน่ง			
นายกเทศบาล/อบต.	-	1	-
ผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพตำบล	-	4	-
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	-	5	-
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	-	6	-
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	-	-	2
นักวิชาการสาธารณสุข	-	-	3
พยาบาลวิชาชีพ	-	-	2
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	5	1	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตร	2	7	-
วิชาชีพ (ปวช.)			
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)		3	-
ปริญญาตรี	-	3	6
ปริญญาโท	-	2	1
สถานภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ			
ผู้ดื่ม	0	-	-
ผู้สูบ	6	-	-
ผู้ดื่มและผู้สูบ	4	-	-

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ประเภทของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
	กลุ่มเป้าหมาย (n=10)	ทีมชุมชน (n=16)	ทีมสุขภาพ (n=7)
ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม			
≤ 4 ปี	3	-	-
5 – 9 ปี	4	-	-
≥ 10 ปี	3	-	-
ประสบการณ์ในการทำงานปัจจัยเสี่ยงฯ			
≤ 4 ปี	-	6	3
5 – 9 ปี	-	5	-
≥ 10 ปี	-	5	4

2. ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิด จำนวน 16 คน โดยแบ่งเป็นออก 3 กลุ่ม มีผลการศึกษาดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนจากผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 คน พบว่าทุกคนเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 3 คน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 2 เครือข่ายในชุมชน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนจากเครือข่ายในชุมชน จำนวน 4 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 4 คน อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี และกลุ่มอายุ 40-49 ปี สัดส่วนเท่ากัน จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 3 เครือข่ายองค์กรที่ให้บริการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนจากเครือข่ายองค์กรที่ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับตำบล และระดับอำเภอ จำนวน 7 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 5 คน อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 3 คน รองลงมา คือกลุ่มอายุ 30 – 39 ปี จำนวน 2 คน และกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุ 29 ปี กับกลุ่มอายุ 40-49 ปี กลุ่มละ 1 คน

9.2 ข้อมูลสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยการแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับจุลภาค

เป็นการศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดในชุมชน ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน คือ ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย เครือข่ายในชุมชน และทีมดูแลสุขภาพ ในการรับรู้ และถ่ายทอดข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการเตรียมความพร้อม มีผลการศึกษาดังนี้

1. กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย

- การรับรู้ และถ่ายทอดข้อมูล พบว่า กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน การจัดการกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงฯ ต่าง ๆ ในชุมชน จากการสังเกตด้วยตนเองในชุมชน จากการบอกเล่าของ อสม. ผู้นำชุมชน ในเวทีประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน และในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับโทษ พิษภัย ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงฯ วิธีลด ละ เลิก จากการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ยังไม่มี การแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ทีมชุมชน หรือทีมดูแลสุขภาพรับทราบถึงความ ต้องการหรือความหวังในการรับบริการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

- การเตรียมความพร้อม พบว่า กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม ทุกคนยังไม่มี การเตรียมความพร้อมของตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชน หรือทีมดูแลสุขภาพได้จัดขึ้น แต่ส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยการชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรม ด้วยการประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการที่จัดให้ทราบ จัดทำหนังสือเชิญกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมให้ทราบ และติดตามให้เข้าร่วมกิจกรรม จาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน

- การสร้างแรงจูงใจ พบว่า กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน มีการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยการอยากมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยจากปัจจัยเสี่ยง ได้รับการสนับสนุนบุคคลในครอบครัว อยากรเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับครอบครัว และชุมชน และทุกคน ได้รับการสร้างแรงจูงใจจากทีมชุมชน หรือทีมดูแลสุขภาพ ด้วยการพูดถึงโทษ พิษภัย ผลกระทบที่เกิดขึ้น

เพื่อให้เกิดความตระหนัก ให้กำลังใจค่อยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว มีการมอบรางวัลยกย่องเชิดชูผู้ที่สามารถเลิกได้ให้ผู้อื่นทราบในเวทีประชุมหมู่บ้าน

2. กลุ่มเครือข่ายในชุมชน

- การรับรู้ และถ่ายทอดข้อมูล พบว่า เครือข่ายชุมชนทุกคนมีการรับรู้สถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยงฯ จากการสังเกตด้วยตนเองในชุมชน การแจ้งจากผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ ในเวทีประชุมต่าง ๆ และมีการรับรู้ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการเกี่ยวกับจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในส่วนของโทษ พิษภัย ผลกระทบ และวิธีลด ละเลิก แต่จะรับรู้เฉพาะเรื่องยาสูบเป็นหลัก ในส่วนของสุรา และสารเสพติด ได้รับรู้ค่อนข้างน้อย

- การเตรียมความพร้อม พบว่า ส่วนใหญ่เครือข่ายชุมชนมีการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมหรือโครงการ โดยการประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ศึกษาและสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในชุมชน และศึกษาข้อมูลองค์ความรู้ที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรม

- การสร้างแรงจูงใจ พบว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ มีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินการกิจกรรมหรือโครงการ ด้วยการสร้างแรงบันดาลใจให้กับตัวเองว่า **“อยากเห็นประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี”** (CI4) และบอกกับตัวเองว่า **“ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับชุมชน”**(CI10)

3. ทีมดูแลสุขภาพ

- การรับรู้ และถ่ายทอดข้อมูล พบว่า ทีมดูแลสุขภาพ ทุกคนมีการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ผู้ดื่ม ผู้สูบ ผู้เสพ จากปัจจัยเสี่ยงฯ ทั้ง 3 อย่าง จากผู้นำชุมชน อสม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร เจ้าหน้าที่ตำรวจ ฝ่ายปกครอง อำเภอบ้านนาสาร และระบบฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ในส่วนของการรับรู้องค์ความรู้วิชาการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงเรื่องของโทษ พิษภัย ผลกระทบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกสุรา ยาสูบ และกระบวนการบำบัดผู้เสพยาเสพติด ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานจากการอบรมหรือประชุมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร โรงพยาบาลบ้านนาสารจัดขึ้น ซึ่งมีการจัดประชุมหรืออบรมปีละ 1-2 ครั้ง และจากสื่อสิ่งพิมพ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในมุมมองของทีมดูแลสุขภาพคิดว่าองค์ความรู้วิชาการที่ได้รับยังคงค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ

- การเตรียมความพร้อม พบว่า ทีมดูแลสุขภาพทุกคนมีการเตรียมความพร้อมให้กับทีมงานหรือองค์กรในการจัดกิจกรรมโครงการ โดยการประชุมหารือวางแผนการทำงานในทีมทำงาน และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมแผนการสอน/ให้ความรู้ ศึกษาบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม

- การสร้างแรงจูงใจ พบว่า ทีมดูแลสุขภาพทุกคนมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน ด้วยการสร้างแรงบันดาลใจให้กับตัวเองที่อยากจะเห็น “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี”: HI3 “อยากให้ปัญหาเหล่านี้ลดลง”: HI7 “อยากให้งานที่ทำสำเร็จเป็นรางวัลของชีวิต”: HI6

ซึ่งผลการศึกษาศาสนาการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดของชุมชน ตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับจุลภาค ของทั้ง 3 ภาคส่วน สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับจุลภาค

กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิด นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่คิดเห็นว่ามี การดำเนินกิจกรรมในชุมชน
1. กลุ่มเป้าหมาย (n =10)	
- การรับรู้ และถ่ายทอดข้อมูล	
การรับข้อมูลสถานการณ์ปัญหา	9
การรับข้อมูลการจัดกิจกรรมในชุมชน	9
การแลกเปลี่ยนข้อมูล	4
- การเตรียมความพร้อม	
การเตรียมความพร้อมของตัวเอง	10
การได้รับการเตรียมความพร้อมจากทีมชุมชน ทีมสุขภาพ	6
- การสร้างแรงจูงใจ	
การสร้างแรงจูงใจให้ตัวเอง	10
การได้รับการสร้างแรงจูงใจจากทีมชุมชน และทีมสุขภาพ	10
2. ทีมภาคีเครือข่ายชุมชน (n =16)	
- การรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ และองค์ความรู้วิชาการ	16
- การเตรียมความพร้อม	10
- การสร้างแรงจูงใจ	11
3. ทีมดูแลสุขภาพ (n =7)	
- การรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ และองค์ความรู้วิชาการ	7
- การเตรียมความพร้อม	7
- การสร้างแรงจูงใจ	7

ระดับกลาง

ระดับกลางเป็นการศึกษา 2 ส่วน คือ การบริหารจัดการภายในหน่วยงานขององค์กร เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการทำงานที่ดีของทีมดูแลสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่วนของชุมชน การเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกับหุ้นส่วนภายในชุมชน และการจัดการปัญหาแก่ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

1. การบริหารจัดการภายในองค์กรดูแลสุขภาพ

ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมดูแลผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม การสนับสนุนการป้องกันและการจัดการตนเอง มีระบบฐานข้อมูล โดยมีผลการศึกษาดังนี้

- การส่งเสริมดูแลผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พบว่า ทีมดูแลสุขภาพส่วนใหญ่มีการดำเนินงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ อย่างต่อเนื่อง ด้วยการประชุมพูดคุยการดำเนินงานทุกเดือน เอาประเด็นปัจจัยเสี่ยงฯ ไปสอดแทรกในการดำเนินการกิจกรรมงานอื่น ๆ มีการจัดกิจกรรมติดตามผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ก็พบว่าบางพื้นที่ยังไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องเพราะขาดงบประมาณสนับสนุน โดยเฉพาะในส่วนของงบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่มีการดำเนินการอนุมัติ เบิกจ่ายเงินค่อนข้างล่าช้า และข้อจำกัดของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติที่มีไม่เพียงพอกับภาระงาน

- การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ พบว่า ทีมดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจจากผู้นำองค์กร โดยมีเพียง 2 คนเท่านั้นที่ได้รับการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจจากผู้นำองค์กร ด้วยได้รับค่าตอบแทนจากการเป็นวิทยากรในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้การสนับสนุนการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน แต่ในส่วนของกำหนัดประเด็นในการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน จากสาธารณสุขอำเภอและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอมีความชัดเจน

- การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม พบว่า ทีมดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่มีการจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม ด้วยการประชุมวางแผนในการทำงานของทีม เตรียมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับบริการทั้งในเชิงรับ และเชิงรุก และเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่อง กำลังคนในการดำเนินงาน แต่ในส่วนของระบบการให้บริการคลินิกเลิกสุรา และบุหรี่ ทุกพื้นที่มีการให้บริการให้คำปรึกษาเบื้องต้นไม่มีรูปแบบคลินิกที่ชัดเจน โดยหากมีผู้รับบริการที่ต้องการจะเข้ารับบริการเลิกสุรา และบุหรี่จะมีการส่งต่อให้เข้ารับบริการคลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลบ้านนาสาร

- การสนับสนุนการป้องกันและการจัดการตนเอง พบว่า ทีมดูแลสุขภาพทุกคนมีการสนับสนุนให้ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการป้องกันและจัดการตนเอง ด้วย

การสร้างความตระหนักให้ทราบถึงโทษ พิษภัย และผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงฯ และเสริมสร้างความรู้ ในวิธี ลด ละ เลิก สร้างบุคคลต้นแบบ และสนับสนุนให้ชุมชนสร้างมาตรการชุมชนในการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยงฯ

- การมีระบบฐานข้อมูล พบว่า ทีมดูแลสุขภาพทุกคนมีระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และเสพสารเสพติดในหน่วยบริการ โดยมีโปรแกรมระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ (JHCIS) ระบบรายงานข้อมูล HDC ระบบรายงานในเว็บไซต์โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่เทิดไท้องค์ราชันย์ที่ทางเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้บันทึกข้อมูล และสามารถสืบค้นข้อมูลได้ และมีการรวบรวมข้อมูลในรูปแบบรายงานเอกสารจากแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด (บสต.3) ของฝ่ายปกครองอำเภอบ้านนาสาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี นอกจากนี้การสำรวจพฤติกรรมกาสูบหรี่ และดื่มสุราจาก อสม. โดยข้อมูลในระบบฐานข้อมูลทีมสุขภาพได้นำเอาข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา นำไปสู่การคืนข้อมูลแก่ชุมชน และจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ไข

2. การบริหารจัดการภายในชุมชน

ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก ตื่นตัว ลดตราบาปให้แก่ชุมชน, ส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุน, การระดมและการรวบรวมทรัพยากร และให้มีบริการที่สมบูรณ์ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

- การสร้างความตระหนัก ตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชน พบว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่คิดเห็นว่าการสร้างความตระหนัก ตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชน โดยในชุมชนมีการติดตั้งป้าย กำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ และห้ามสูบบุหรี่ในหน่วยงานราชการ และสถานที่สาธารณะในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน หอประชุมหมู่บ้าน ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่โรงเรียน วัด มีการรณรงค์ ลด ละ เลิก โดยการเดินรณรงค์ในชุมชนในวันงดสูบบุหรี่โลก วันยาเสพติด และช่วงเทศกาลเข้าพรรษา มีทั้งในส่วนของหน่วยงาน ภาคประชาชน และในโรงเรียน เพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหา พิษภัย และผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงฯ มีการค้นหาผู้ดื่ม ผู้สูบ ผู้เสพ พร้อมทั้งมีการชักชวนให้ ลด ละ เลิก ผ่านทางผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำเยาวชนในโรงเรียน

- การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุน พบว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ คิดเห็นว่าการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ด้วยการที่ผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบที่ดีในการลด ละ เลิก ไม่ยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฯ และช่วยประชาสัมพันธ์รณรงค์ชักชวนให้ลูกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม และในส่วนของนายกเทศบาล/อบต. จะให้ความสำคัญในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนโดยการสนับสนุนงบประมาณ และอนุมัติแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ

- การระดมและการรวบรวมทรัพยากร พบว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ มีการระดมทุนและทรัพยากรในการจัดกิจกรรม/โครงการลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ด้วยการเขียนของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีการผลักดันแผนงาน/โครงการเข้าข้อบัญญัติเพื่อของบประมาณปกติของเทศบาล/อบต.ในการดำเนินงาน มีการของบประมาณสนับสนุนจากภาคเอกชน ผู้ประกอบการเมืองแร่ในพื้นที่ บ้านพักเด็กและเยาวชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีการระดมเงินบริจาคในชุมชนเข้ากองทุนแม่ของแผ่นดินสำหรับดำเนินกิจกรรม/โครงการลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน

- การให้บริการที่สมบูรณ์ พบว่า เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรม/โครงการลดปัจจัยเสี่ยงฯ ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในชุมชน ด้วยการเตรียมกำลังคนโดยเฉพาะผู้นำชุมชน มีการจัดหางบประมาณในการดำเนินงาน และเพิ่มองค์ความรู้ในการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน และมีทีมชุมชนร่วมสนับสนุนในการบริการเชิงรุกร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการติดตามผู้ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่ายบำบัดยาเสพติด กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมลด ละ เลิก เหล้า บุหรี่ ในชุมชน มีการจัดค่ายค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบสมัครใจที่จัดขึ้นในพื้นที่โดยใช้กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

ซึ่งผลการศึกษาศาสนาการณการจัดการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดของชุมชน ตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับกลาง ที่เป็นการศึกษา 2 ส่วน ในการบริหารจัดการภายในองค์การสุขภาพ และชุมชน สามารถสรุปได้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับกลาง

กิจกรรมตามองค์ประกอบ กรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรัง	จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่คิดเห็นว่ามี การดำเนินกิจกรรมในชุมชน
1. การบริหารจัดการภายในองค์กรดูแลสุขภาพ (n=7)	
การส่งเสริมดูแลอย่างต่อเนื่อง	5
การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ	2
การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม	5
การสนับสนุนการป้องกันและการจัดการตนเอง	7
การมีระบบฐานข้อมูล	7
2. การบริหารจัดการภายในชุมชน (n=16)	
การสร้างความตระหนัก ตื่นตัว ให้แก่ชุมชน	13
การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุน	11

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กิจกรรมตามองค์ประกอบ กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่คิดเห็นว่ามี การดำเนินกิจกรรมในชุมชน
การระดมและการรวบรวมทรัพยากร	10
การให้บริการที่สมบูรณ์	12

ระดับมหภาค

เป็นการศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ซึ่งประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำ, การผสมผสานนโยบาย, การส่งเสริมการจัดหาเงินทุน, การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร การสนับสนุนกรอบกฎหมาย และการสร้างเสริมความร่วมมือ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

1. การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดเห็นว่าผู้นำในชุมชนมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้วยการที่ผู้นำชุมชนมีการให้ความสำคัญในการจัดการปัญหาที่มีการพูดคุยถึงสถานการณ์ในเวทีประชุมประจำเดือนหมู่บ้าน ช่วยประชาสัมพันธ์ รณรงค์ชักชวนให้ลูกบ้านเข้าร่วมกิจกรรมลด ละ เลิก ไม่ยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฯ และเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฯ และในส่วนของนายกเทศบาล/อบต.จะให้ความสำคัญในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนโดยการสนับสนุนงบประมาณ อนุมัติแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ และเข้าร่วมกิจกรรม

2. การผสมผสานนโยบาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นเป็น 2 ด้านในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 17 คน คิดเห็นว่า ชุมชนยังไม่มีกรรมการผสมผสานนโยบายหรือประยุกต์นโยบายมาปรับใช้ในพื้นที่อย่างจริงจัง แต่อีก 16 คน ก็มีความคิดเห็นว่าชุมชนมีการนำนโยบายมาประยุกต์ปรับใช้ในพื้นที่ เช่น การนำนโยบายการสร้างหมู่บ้านสีขาวปลอดยาเสพติด หมู่บ้านศีล 5 ลดบាយมุข ชุมชนปลอดเหล้า-บุหรี่ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. และตำบลจัดการสุขภาพ

3. การส่งเสริมการจัดหาเงินทุน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าชุมชนมีการส่งเสริมให้มีการจัดหาเงินทุนในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ด้วยการสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน และหน่วยงานต่างๆ เสนอแผนงาน/โครงการของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ผู้ประกอบการเหมืองแร่ในพื้นที่ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ และกองทุนแม่ของแผ่นดินในการดำเนินกิจกรรม/โครงการลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน

4. การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดเห็นว่าชุมชนมีการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรในดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมี

ขยายพื้นที่ในการดำเนินการ และมีการบูรณาการงานหลายภาคส่วนเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานปัจจัยเสี่ยงฯ โดยเฉพาะ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการทำงานดังกล่าวยังคงน้อย

5. การสนับสนุนกรอบกฎหมาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นแตกต่างกัน 2 ด้าน ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 16 คน คิดเห็นว่า ชุมชนยังไม่มีให้นำเอากรอบกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงมาบังคับใช้อย่างจริงจัง และผู้ให้ข้อมูลอีก 14 คน คิดว่าชุมชนมีการนำเอากรอบกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ มาบังคับใช้ เช่น การใช้ธรรมนูญพืชมะท่อมในพื้นที่ตำบลน้ำพุ การควบคุมการจำหน่ายสุรา ยาสูบตาม พ.ร.บ. การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ และมีการสร้างมาตรการทางสังคม เช่น การห้ามจำหน่ายสุรา หรือดื่มสุราในวัด หากครอบครัวใดมีการยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดจะไม่ได้รับสวัสดิการหรือการช่วยเหลือจากชุมชน

6. การเสริมสร้างความร่วมมือ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ คิดเห็นว่า ชุมชนมีการเสริมสร้างความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ โดยเมื่อมีกิจกรรมหรือโครงการในชุมชนจะมีการร่วมกิจกรรมกันหลายภาคส่วน ทั้ง ผู้นำชุมชน อบต./เทศบาล รพ.สต. โรงเรียน วัด และหน่วยในระดับอำเภอก็มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน

ซึ่งผลการศึกษาศาสนาการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดของชุมชน ตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับใหญ่ ที่เป็นการศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ สามารถสรุปได้ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับมหภาค

กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิด นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่คิดเห็นว่า มีการดำเนินกิจกรรมในชุมชน (n= 33)
การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำ	32
การผสมผสานนโยบาย	17
การส่งเสริมการจัดหาเงินทุน	24
การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร	23
การสนับสนุนกรอบกฎหมาย	16
การสร้างเสริมความร่วมมือ	27

ซึ่งเมื่อนำข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล มาสรุปผลการดำเนินงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ที่มีการดำเนินงานของพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล แล้ววิเคราะห์จัดหมวดหมู่กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง แยกเป็นพื้นที่รายตำบล พบว่า ไม่มีตำบลใดที่มีการดำเนินกิจกรรมได้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ และเมื่อพิจารณาในส่วนที่พื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ หรือดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ มีผลการศึกษาดังนี้

ระดับจุลภาค พบว่า

- กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายทุกพื้นที่ยังขาดการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ที่ชุมชนหรือทีมดูแลสุขภาพจัดขึ้น และยังมีบางพื้นที่ที่กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ทีมชุมชนหรือทีมดูแลสุขภาพทราบถึงความต้องการ ความคาดหวังในการรับบริการ หรือเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ที่จัดขึ้นในชุมชน

- ทีมเครือข่ายชุมชน บางพื้นที่ที่ยังขาดองค์ความรู้วิชาเกี่ยวกับวิธีการ หรือกระบวนการลด ละ เลิกจากสุรา และสารเสพติด เนื่องจากได้รับรู้ข้อมูลดังกล่าวค่อนข้างน้อย และไม่ครบทั้ง 3 ประเด็นปัจจัยเสี่ยง

- ทีมดูแลสุขภาพ ทุกพื้นที่ที่มีการดำเนินการครบทั้ง 3 กระบวน แต่หลายพื้นที่ก็ยังมี การสะท้อนในส่วนของการรับรู้ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการที่ได้รับยังคงค่อนข้างน้อยยังไม่เพียงพอ

ระดับกลาง พบว่า

- การบริหารจัดการภายในองค์กรดูแลสุขภาพ ยังมีบางพื้นที่ที่ไม่ได้มีการส่งเสริมดูแลสุขภาพการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ อย่างต่อเนื่อง การจัดระบบเตรียมความพร้อมของทีมพบว่า ทุกพื้นที่ยังไม่มีระบบการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ หรือเหล้าที่เป็นรูปแบบคลินิกที่ชัดเจนตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยหากมีผู้รับบริการที่ต้องการจะเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ หรือเหล้า ยังคงต้องส่งต่อให้เข้ารับบริการคลินิกของโรงพยาบาลบ้านนาสาร และหลายพื้นที่ขาดการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ

- การบริหารจัดการภายในชุมชน พบว่า ในส่วนของการบริหารจัดการภายในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ดียังมีเฉพาะประเด็นของการระดมและรวบรวมทรัพยากรที่ยังบางพื้นที่ที่ไม่ได้ดำเนินการ

ระดับมหภาค พบว่า

หลายพื้นที่ยังขาดการนำเอานโยบายการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ มาปรับหรือประยุกต์ในชุมชน ขาดการนำเอาข้อกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ มาบังคับใช้อย่างจริงจัง ขาดการจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่มารับผิดชอบงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนโดยตรง และยังพบว่า

ยังคงมีบางพื้นที่ที่ขาดการบูรณาการในการขับเคลื่อนงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ร่วมกัน โดยมีการทำงานแบบแยกส่วน

โดยผู้วิจัยสามารถสรุปความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ภาคส่วน ในสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังแยกเป็นพื้นที่รายตำบลทั้ง 5 ตำบล ได้ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง จำแนกตามพื้นที่ตำบล

กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิด นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	การดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ของพื้นที่ศึกษา				
	พรุพี	ควน สุบรรณ	ท่าชี	น้ำพุ	คลอง ปราบ
ระดับจุลภาค					
- การรับรู้ และถ่ายทอดข้อมูล					
กลุ่มเป้าหมาย	○	○	○	/	○
ทีมดูแลสุขภาพ	/	/	/	/	/
ทีมภาคีเครือข่ายชุมชน	○	/	/	/	/
- การเตรียมความพร้อม					
กลุ่มเป้าหมาย	X	X	X	X	X
ทีมดูแลสุขภาพ	/	/	/	/	/
ทีมภาคีเครือข่ายชุมชน	/	/	/	/	/
- การสร้างแรงจูงใจ					
กลุ่มเป้าหมาย	/	/	/	/	/
ทีมดูแลสุขภาพ	/	/	/	/	/
ทีมภาคีเครือข่ายชุมชน	/	/	/	/	/
ระดับกลาง					
- องค์กร/ทีมดูแลสุขภาพ					
การส่งเสริมดูแลอย่างต่อเนื่อง	/	/	X	/	/
การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่าน	/	X	X	/	X
ภาวะผู้นำ					

ตารางที่ 8 (ต่อ)

กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิด นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	การดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ของพื้นที่ศึกษา				
	พรุพี	ควน สุบรรณ	ท่าชี	น้ำพุ	คลอง ปราบ
การจัดระบบและเตรียมความพร้อม ของทีม	○	/	/	/	/
การสนับสนุนการป้องกันและการ จัดการตนเอง	/	/	/	/	/
การมีระบบฐานข้อมูล - ภาควิเคราะห์ข้อมูลชุมชน	/	/	/	/	/
การสร้างความตระหนัก ตื่นตัวให้แก่ ชุมชน	/	/	/	/	/
การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและ การสนับสนุน	○	/	/	/	/
การระดม และรวบรวมทรัพยากร	○	X	/	/	/
การให้มีบริการที่สมบูรณ์ ระดับมหภาค	○	/	/	/	/
การส่งเสริมและการสนับสนุนของ ผู้นำ	○	/	/	/	/
การผสมผสานนโยบาย	○	○	○	○	○
การส่งเสริมการจัดหาเงินทุน	/	/	○	/	/
การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร	○	/	X	/	○
การสนับสนุนกรอบกฎหมาย	○	X	○	/	○
การสร้างเสริมความร่วมมือ	○	/	X	/	○

หมายเหตุ / หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมครบตามองค์ประกอบในประเด็น
 X หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าชุมชนยังไม่มีกิจกรรมตามองค์ประกอบในประเด็น
 ○ หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าชุมชนมีดำเนินกิจกรรมแต่ยังไม่ครบตามองค์ประกอบในประเด็น

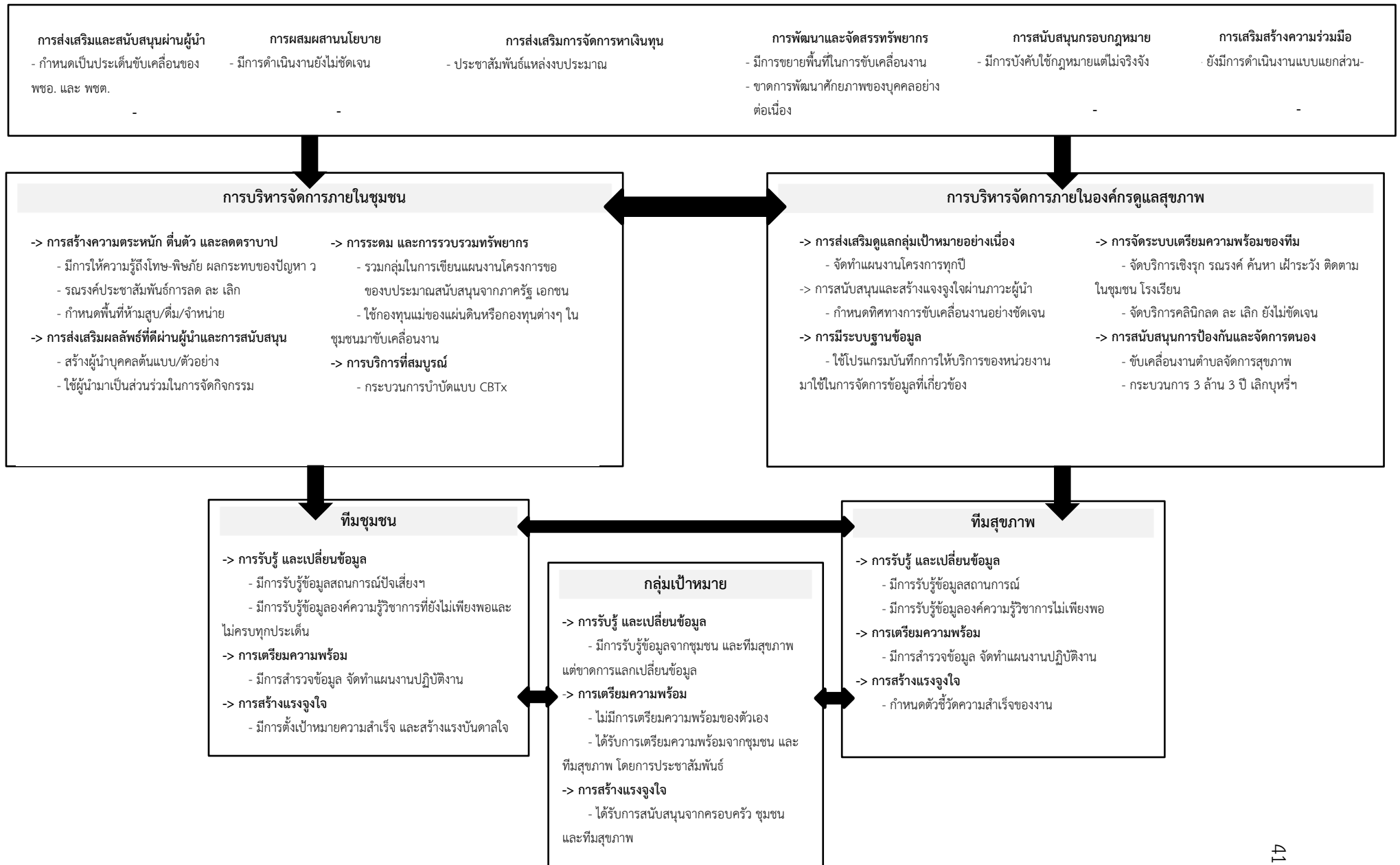
และเมื่อผู้วิจัยนำเอาข้อมูลผลการสรุปความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ภาคส่วน ในสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ของพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล มาคิดเป็นคะแนนสัดส่วนร้อยละ และแปลผลระดับการดำเนินงานทั้งในแง่ของพื้นที่ตำบล และแง่ของระดับจุลภาค กลาง และมหภาค ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ซึ่งพบว่า ระดับภาพรวมของการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชนตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังของพื้นที่ทั้ง 5 ตำบลอยู่ในระดับดี โดยการดำเนินงานในระดับจุลภาคอยู่ในระดับดี ระดับกลางอยู่ในระดับดีมาก ระดับมหภาคอยู่ในระดับปรับปรุง และเมื่อพิจารณาเป็นรายพื้นที่ตำบล พบว่า ตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชนตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังได้ในระดับดีมาก จำนวน 1 ตำบล คือ ตำบลน้ำพุ ในระดับดี จำนวน 1 ตำบล คือ ตำบลควนสุบรรณ รายละเอียดตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สรุปสัดส่วนร้อยละของสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังของพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล

ระดับ	สัดส่วนร้อยละการดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ของพื้นที่ศึกษา											
	พรุพี		ควนสุบรรณ		ท่าชี		น้ำพุ		คลองปราบ		รวม	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
จุลภาค	66.66	ปานกลาง	77.77	ดี	77.77	ดี	88.88	ดีมาก	77.77	ดี	77.77	ดี
กลาง	55.55	พอใช้	77.77	ดี	77.77	ดี	100	ดีมาก	88.88	ดีมาก	80.00	ดีมาก
มหภาค	16.66	ปรับปรุง	50.00	พอใช้	16.66	ปรับปรุง	83.33	ดีมาก	33.33	ปรับปรุง	43.33	ปรับปรุง
รวม	50.00	พอใช้	75.00	ดี	62.50	ปานกลาง	91.66	ดีมาก	70.83	พอใช้	70.00	ดี

หมายเหตุ	ระดับดีมาก	มีค่าสัดส่วนคะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 80 – 100
	ระดับดี	มีค่าสัดส่วนคะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 70 – 79
	ระดับปานกลาง	มีค่าสัดส่วนคะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 – 69
	ระดับพอใช้	มีค่าสัดส่วนคะแนน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 50 – 59
	ระดับปรับปรุง	มีค่าสัดส่วนคะแนน ต่ำกว่า ร้อยละ 50

ซึ่งจากผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนจากการเก็บรวบรวมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์จัดหมวดหมู่กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง สามารถขมวดผลการศึกษาศถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 สรุปภาพรวมสถานการณ์จัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะของพื้นที่

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนในพื้นที่

จากการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนจากการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนในพื้นที่ สามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้ดังนี้

1. ด้านปัจเจกบุคคล พบว่า

- ประชาชนในชุมชนมีความรู้ในเรื่องของโทษ พิษภัย ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดเพิ่มขึ้น
- ประชาชน และชุมชนมีความตระหนักถึงปัญหา และผลกระทบภัย ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดเพิ่มขึ้น
- มีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยต่อชุมชน ประมาณ 10-15 ราย
- มีผู้ที่สามารถเลิกดื่มสุราโดยเฉลี่ยต่อชุมชน ประมาณ 5-10 ราย
- ผู้เสพสารเสพติดที่ผ่านการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถเลิกใช้สารเสพติดโดยจากการติดตามตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ช่วงระยะเวลา 1 ปี ไม่พบร้อยละ 50 และได้การรับการยอมรับจากชุมชนเพิ่มมากขึ้น

2. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า

- เจ้าของหรือผู้ประกอบการร้านค้า ร้านอาหาร มีการปฏิบัติพระราชบัญญัติการจำหน่ายบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น
- มีพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ และห้ามดื่มสุราในชุมชนเพิ่มขึ้น
- เกิดหมู่บ้านต้นแบบในการต่อต้านยาเสพติด จำนวน 1 หมู่บ้าน

3. ด้านระบบกลไก พบว่า

- ผู้นำชุมชนมีความตระหนักและให้การตอบรับในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดเพิ่มขึ้น
- เกิดนโยบายในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดของชุมชนที่ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการจัดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่
- เกิดแกนนำในการชักชวนประชาชนในการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติด

9.3 รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

แนวทางการสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ผู้วิจัยได้มีการนำเอาผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนจากการเก็บรวบรวมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ในช่วงที่ 1 มาวิเคราะห์จัดหมวดหมู่กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง แล้วนำเสนอข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม คือ ตัวแทนผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย ตัวแทนเครือข่ายในชุมชน ตัวแทนทีมดูแลสุขภาพ และสอบถามข้อเสนอแนะประเด็นเพิ่มเติมในองค์ประกอบที่ชุมชนยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการไม่ครบถ้วน เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยพบว่าสิ่งที่ต้องดำเนินการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ให้ครบสมบูรณ์ตามรูปแบบขององค์ประกอบตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง มีผลการศึกษา ดังนี้

ระดับจุลภาค

ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย

1. ด้านการรับรู้ข้อมูล และถ่ายทอดข้อมูล

1.1 การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยงฯ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ตัวผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายต้องมีสังเกตจากในชุมชนด้วยตนเอง และจาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน โดยการบอกเล่าแบบ การประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางเวทีประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย หรือหอกระจายเสียงของหมู่บ้าน และช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ตัวคนที่จะลด เลิก เหล้า ยา ต้องรู้จักสังเกตว่าชุมชนเค้าทำไ้ไ้ไหร่อยู่ ต้องฟังข่าวที่ อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือหมอ เค้าแจ้งจากที่ประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านมั้ง ” (PG2)

“ เราต้องคุยบ่อยๆ กับเพื่อนบ้าน อสม. ว่าตอนนี้บ้านเราเป็นพันหรือกันแล้ว และ สถานการณ์บ้านเพื่อนเค้าเป็นพันหรือกัน ” (PG1)

1.2 การรับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัย ผลกระทบ วิธีการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ ต้องมีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เฉพาะเจาะจงทั้ง 3 ประเด็น ยาสูบ สุรา และสารเสพติด หรืออาจจะสอดแทรกในเวทีอบรมหรือประชุมต่าง ๆ แต่ควรลงรายละเอียดเชิงลึกด้วย และในกลุ่มที่สามารถสืบค้นข้อมูลองค์ความรู้เองได้ควรมีการแนะนำแหล่งสืบค้นข้อมูลจากโทรศัพท์มือถือ เทคโนโลยี

สารสนเทศจากศูนย์อินเทอร์เน็ตตำบล หรือระบบโทรปรึกษาสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 และต้องการเพิ่มหลักสูตรเกี่ยวกับความรู้เรื่องโทษและพิษจากปัจจัยเสี่ยงฯ ให้กับนักเรียนเยาวชน คนในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ หมอต้องอบรมเรื่องพันนี้บ่อยๆ หรือว่าอีมาแหล่งในตอนประชุมหมู่บ้านทุกเดือนก็ดี ” (PG1)

“ เดี่ยวนี้มีข่าวอะไร รู้เร็ว ขึ้นมาทางไลน์ แป๊บเดียวรู้หมดแล้ว ” (PG3)

“ ตามที่พื้นที่สะท้อนมาว่ายังมีความรู้ไม่เยอะในเรื่องนี้ ผมขอเสนอแนะว่าในพื้นที่ตอนนี้เรามีหมู่บ้านที่มีระบบการใช้อินเทอร์เน็ตฟรี ในส่วนนั้นน่าจะใช้ให้เป็นประโยชน์ น่าจะเอามามีส่วนร่วม น่าจะมาเป็นสถานที่ที่เราอยากรู้เรื่องอะไรก็รู้ได้ทั้งหมด ไร่พรมแดน เราใช้สื่ออินเทอร์เน็ตให้มากที่สุด อยากที่จะให้ประชาชนหาความรู้จากศูนย์อินเทอร์เน็ตได้ ” (HG1)

“ การเลิกบุหรี่ มีระบบปรึกษาทางควิกไลน์ 100 เรามองประเด็นว่า ผู้สูบบุหรี่อาจจะไม่กล้าเข้ามาขอรับคำปรึกษาที่หน่วยบริการ ให้ใช้การสื่อสารข้อมูลทางระบบสารสนเทศที่มีอยู่แทนได้ ” (HG2)

“ ในเรื่องของการหลักสูตรการศึกษา ต้องมีการหลักสูตรเฉพาะเลย ต้องเริ่มตั้งแต่ต้น ต้องผลิตคนมาให้เห็นถึงโทษถึงพิษภัย ที่จริงมันมีนั่นแหละแต่ก็มีเพียงเล็กน้อย เพียงแค่ตำราวิชาการได้คะแนนเพื่อสอบผ่าน แต่มันไม่ได้เป็นหลักสูตรเหมือนกับอาชีพ หรือหลักสูตรท้องถิ่นที่จริงจังในเรื่องพวกนี้ ” (CG1)

“ ในส่วนชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งในความรู้ของส่วนนี้ทางพื้นที่จะมีการบรรจุเข้าในหลักสูตร เขาบอกว่าเป็น สิ่งที่ต้องรู้ แต่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุอยากรู้ ” (HG1)

1.3 มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายให้กับชุมชน และทีมดูแลสุขภาพรับทราบ สำหรับแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน โดยกล่องรับฟังความคิดเห็น หรือการรับฟังความคิดเห็นจากการประชุมในหมู่บ้าน มีการช่องทางการสื่อสารโดยตรงผ่านการพูดคุยเป็นการส่วนตัว หรือใช้วิธีการโทรคุย ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ บางทีผมก็ไม่ใช่กล้าแหล่งกับหมอนิวอยากได้พันนั้น อยากให้ทำพันนี้ กลัวหมอนิวว่าเอา ถ้าทำกล่องรับฟังความเห็นน่าจะดีหว่า ” (PG5)

“ หมอต้องให้เบอร์โทรสำหรับไว้ติดต่อ สอบถาม เพิ่มเติม ด้วย ” (PH1)

2. ด้านการเตรียมความพร้อม กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายต้องมีการเตรียมความพร้อมของตัวเองในการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่ทางชุมชน หรือทีมดูแลสุขภาพแจ้งรายละเอียดกิจกรรมโครงการผ่านทางหนังสือเชิญเข้าร่วมกิจกรรม หรือทาง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบไว้ล่วงหน้า และมีการแจ้งรายละเอียดให้บุคคลในครอบครัวทราบด้วยเพื่อกระตุ้นให้กลุ่ม

ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายมีการเตรียมพร้อมของตัวเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ อสม. ต้องแจ้งข่าวให้รู้ก่อนสักหัดแหละว่า เขาจะทำไอ้ไหน เตรียมอะไรมั่ง ผมโอ้ได้เตรียมตัว ” (PG2)

“ ทำหนังสือแจ้งไปเลย ว่าจะให้เตรียมอะไร 1 2 3 4 ” (PG3)

“ ผมว่าถ้าให้ตีบอกคนที่เรินไว้กันน่าอึดใจ บางที่ไอ้ตัวเราไม่ค่อยอึดใจ ถ้าเมียมันรู้มันได้แหล่งได้ทักให้เตรียมอะไรพันพริ้ม ” (PG5)

3. ด้านการสร้างแรงจูงใจ

3.1 กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมต้องมีการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยการตั้งเป้าหมายในการ ลด เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ โดยใช้แรงสนับสนุนจากตนเองและบุคคลในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ แผลงกับตัวเอง ถ้ายังอึดสูบยาเหลย ไม่นานก็ต้องไขนอนที่เป็นมะเร็ง ซาติเวทนา เลิกดีหว่า ” (PG2)

“ ไอ้เรื่องพันนี้อยู่ที่ตัวเรานี ถ้ามันคิดอึดเลิกจริงๆ มันก็เลิกได้ อย่าไปยุ่งสะนิ ยิ่งเศรษฐกิจพันนี้หล่าอะไรที่มันไม่จำเป็นเราก็ออย่าไปใช้ ได้ประหยัดไปส่วนหนึ่ง ” (GP1)

“ ต้องเริ่มจากตัวเราในครอบครัว แล้วในครอบครัวมีใครมั่งที่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่องนี้ ทำหรือให้เขาได้ลดหรือไม่มีพฤติกรรมเหล่านี้ ถ้าครอบครัวทำพันพริ้มนี้ได้ มันก็ยอมทำให้หมู่บ้านตำบลในที่ปลอดจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ไปเอง ” (CG2)

“ ใช้คนที่ใกล้ชิดกับพวกนี้ ใช้ความรัก ความเข้าใจเข้ามาเป็นเครื่องมือ เช่น ยกตัวอย่างว่า คนใกล้ชิดเป็นผู้หญิงสร้างนิยามตนเองไว้ว่าถ้าฉันจะมีคนรัก ถ้าฉันจะแต่งงาน ต้องได้คู่ครองที่ไม่สูบยา กินเหล้า ทางฝ่ายชายถ้าอยากจะแต่งงานก็ต้องลด เลิกสิ่งเหล่านั้น เขาบอกว่าผู้ชาย “ส่วนมากจะตามใจแฟนเกือบทุกเรื่อง จะเลิกโน้น เลิกนี้ ” (CH1)

3.2 มีการยกย่องเชิดชูเกียรติมอบเกียรติบัตร ประกาศ สำหรับผู้ที่สามารถลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ ได้ในเวทีสาธารณะต่าง ๆ ให้บุคคลอื่นทราบ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ผู้ใหญ่จะมอบรางวัลเชิดชูในหมู่บ้านตอนประชุมหมู่บ้านให้คนที่เลิกบุหรีได้ ” (PG1)

“ เรามีการมอบประกาศเชิดชูเกียรติให้ผู้ที่เลิกจากบุหรี และยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบ โรโมเดล ในเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ และในงานรณรงค์วันงดบุหรีโลกของอำเภอ ” (HG2)

กลุ่มเครือข่ายในชุมชน

1. ด้านการรับรู้ข้อมูล และถ่ายทอดข้อมูล

1.1 การรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยงฯ เครือข่ายชุมชนต้องมีการรับรู้ข้อมูลจากการสังเกตด้วยตนเองในชุมชน และต้องมีการแจ้งข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงฯ ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ให้เครือข่ายชุมชนทราบอย่างต่อเนื่อง ผ่านเวทีประชุมประจำเดือนหัวหน้าส่วนราชการของอำเภอ ชมรมกำนันผู้ใหญ่ ชมรม อสม. ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ และสร้างเครือข่าย 25 ตาสับปะรด ที่คอยช่วยสอดส่องดูแลพฤติกรรมเสี่ยงของชาวบ้านในชุมชนที่จะไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ในเรื่องของข้อมูลสถานการณ์สารเสพติด ไม่เฉพาะในพื้นที่ตัวเอง ในภาพของระดับประเทศลงมา ระดับภาคระดับจังหวัด สถานการณ์เป็นยังไง เมื่อมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์หมู่บ้านของเรา น่าจะเป็นอีกหนึ่งรูปแบบหนึ่งที่ใช้เครือข่ายของรัฐให้มีประโยชน์มากที่สุด นอกนี้จากมีการให้ความรู้จากส่วนราชการ ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย อื่นๆ ก็มีส่วนจำเป็นและสิ่งสำคัญคือ การใช้สื่อโซเชียลให้เกิดประโยชน์เพราะเป็นช่องทางสื่อสารที่เร็วมาก ๆ ” (HG1)

“ บ้านช่องข้างจะมีรูปแบบ 25 ตาสับปะรด โดยใช้แกนนำของหมู่บ้านเป็นคนดูแลบ้านทุกหลังคาเรือนก็จะมีการสรุปหรือรวบรวมมาประชุมกันทุกเดือน ” (HG3)

1.2 มีการจัดหลักสูตรอบรมให้ความรู้วิชาการเกี่ยวกับจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในส่วนของโทษ พิษภัย ผลกระทบ และวิถีลด ละเลิก ทั้ง 3 ประเด็น สุรา ยาสูบ และสารเสพติด สำหรับแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ในส่วนของที่เป็นลูกทีม เช่น อสม. หรือแกนนำชาวบ้าน ยังขาดในส่วนของอบรมที่จริงๆ จังๆ ซึ่งเขามีความรู้ในเบื้องต้น ไม่เจาะลึกเหมือนที่มหาวิทยาลัย ยังขาดองค์ความรู้บางส่วนที่จะให้ความรู้ในการติดตาม จึงควรมีการอบรมติดตามหาความรู้ให้ทีมชุมชนด้วย ” (HG3)

1.3 เครือข่ายชุมชนต้องมีการนำเอาข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ไปแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบในเวทีประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ในชุมชนต้องเอาข้อมูลที่เกี่ยวข้องมานั่งคุยกัน โดยในวันประชุมหมู่บ้านแต่ละเดือนก็เอาเรื่องเหล่านี้มาแจ้งให้ชาวบ้านได้รู้กัน ” (CG2)

2. ด้านการเตรียมความพร้อม เครือข่ายชุมชนต้องมีการเตรียมความพร้อมของตัวเองในการจัดกิจกรรมหรือโครงการด้วยการประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ศึกษาและสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในชุมชน และศึกษาข้อมูลองค์ความรู้ที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมให้ละเอียด และชัดเจน

3. ด้านการสร้างแรงจูงใจ เครือข่ายชุมชนต้องมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ ด้วยใช้แรงบันดาลใจให้กับตัวเอง ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ที่ผมทำ ๆ อยู่ทุกวันนี้ แค่อยากให้หมู่บ้านที่ผมอยู่ปลอดภัยจากอบายมุขต่าง ๆ อยากเห็นลูก หลานในชุมชนมีอนาคตที่ดี ” (CH2)

ทีมดูแลสุขภาพ

1. การรับรู้ และถ่ายทอดข้อมูล

1.1 ทีมดูแลสุขภาพต้องมีการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ผู้ดื่ม ผู้สูบ ผู้เสพ จากปัจจัยเสี่ยง ฯ ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน จากผู้นำชุมชน อสม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ ฝ่ายปกครองอำเภอ ทีมเครือข่าย 25 ตำบล ประรด และระบบฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ เราก็คงจะนำประเด็นปัญหายาเสพติด นำเสนอในที่ประชุม พชอ. ซึ่ง พชอ. เป็นกลุ่มที่เราสามารถรวมองค์ได้ทุกภาคส่วนครอบคลุมมากถึง 21 ท่าน หลังจากที่เราสรุปแนวทางในภาพของอำเภอ เราก็นำเอาเข้าประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาอำเภอไปพูดเรื่องนี้ ผมว่าจะได้ผล เพราะมีทุกภาคส่วนครอบคลุมหมด และในการพูดคุยในส่วนของหัวหน้าส่วนราชการ ทุกครั้งจะมีการนำเสนอข้อมูลในการที่จะจัดการกับปัญหา ” (CH1)

“ ของตำบลคลองปราบมีภาคีเครือข่าย ใช้ พชต.เป็นแกนนำ มีการตั้งทีม คลองปราบทีม โดยจะมีหัวหน้าส่วนต่างๆ เป็นคณะทำงาน ทุกวันที่ 3 ของเดือน ก็จะมีการมานั่งพูดคุย ในเรื่องเหล่านี้” (CH5)

1.2 มีการอบรมฟื้นฟู พัฒนาศักยภาพของทีมดูแลสุขภาพทุกระดับ ในเรื่องขององค์ความรู้วิชาการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ เรื่องของโทษ พิษภัย ผลกระทบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกสุรา ยาสูบ และกระบวนการบำบัดผู้เสพสารเสพติด แนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำ ความถี่ขึ้นอยู่กับเปลี่ยนแปลงไปขององค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.3 มีการจัดหาและสนับสนุนสื่อสิ่งพิมพ์องค์ความรู้วิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ให้เพียงพอกับความต้องการใช้ของทีมดูแลสุขภาพ

1.4 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับรู้ ให้กับชุมชน กลุ่มผู้รับบริการ หรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมทราบเกี่ยวกับโทษ พิษภัย ผลกระทบ วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิก ตามความเหมาะสม ในเวทีประชุมประจำเดือนหมู่บ้าน หน่วยบริการ และถ่ายทอดในกิจกรรมอบรม/ให้ความรู้ต่าง ๆ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“เราก็มีการรณรงค์ในวันยาเสพติดโลกส่วนหนึ่ง และก็มีการเสวนา ในเรื่องของการนิทรรศการให้ความรู้ และก็กิจกรรมในการที่ไปพบปะกับนักเรียนมัธยมตอนเช้าแถวตอนเช้า ผมได้มีโอกาสกับท่านนายอำเภอไปโรงเรียนมัธยมเกือบทุกโรงเรียน และก็โรงเรียนขยายโอกาสส่วนหนึ่ง ซึ่งในวันต่อต้านยาเสพติดโลกที่ผ่านมาก็ได้ไปให้ความรู้ส่วนหนึ่ง ซึ่งสารเสพติดเกือบทุกประเด็น ในประเภทที่ได้จากเยาวชนใช้บริการ ในเรื่องของบุหรี่ ซึ่งได้ไปพูดคุยให้ความรู้ ” (HG1)

2. ด้านการเตรียมความพร้อม ทีมดูแลสุขภาพมีการเตรียมความพร้อมให้กับทีมงานหรือองค์กรในการจัดกิจกรรมโครงการ โดยการประชุมหารือวางแผนการทำงานในทีมทำงาน และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมแผนการสอน/ให้ความรู้ ศึกษาบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม

3. ด้านการสร้างแรงจูงใจ ทีมดูแลสุขภาพต้องมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานด้วยการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของงาน และใช้แรงบันดาลใจให้กับตัวเองที่อยากจะผลลัพธ์ที่ดีในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“แรงจูงใจน่าจะเป็นการลดคนไข้ผลกระทบจากปัจจัยดังกล่าว ถ้ามีมากขึ้นก็จะเป็นการต่อเจ้าหน้าที่ จึงเป็นแรงจูงใจในการทำงาน ” (HG4)

ระดับกลาง

การบริหารจัดการภายในองค์กรดูแลสุขภาพ

1. การส่งเสริมดูแลผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมีการประชุมพูดคุยการดำเนินงานทุกเดือน นำเอาประเด็นปัจจัยเสี่ยงฯ ไปสอดแทรกในการดำเนินการกิจกรรมงานอื่น ๆ สร้างแกนนำ และภาคีเครือข่ายในการช่วยขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะการใช้กลไก 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่เทิดไท้องค์ราชันย์ ในการติดตามเฝ้าระวังผู้ที่ต้องการ ลดเลิก จากปัจจัยเสี่ยงฯ ที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการจัดทำแผนงานโครงการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ที่ชัดเจน รongรับการขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ โครงการ 3 ล้าน 3 ปี ก็มีการดำเนินต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าโครงการจะหมดไปแล้วแต่บริการยังทำต่อเนื่อง ก็ยังนำเข้าที่ประชุมของ อสม. ประจำเดือน ว่าโครงการเกี่ยวกับเลิกบุหรี่เราก็ยังทำอยู่ และก็ยังให้บริการสำหรับคนที่เลิกบุหรี่ขอคำปรึกษา ” (HG4)

2. การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ โดยให้ผู้บริหารระดับอำเภอ (สาธารณสุขอำเภอ) มีการกำหนดแผนงานทิศทางในการขับเคลื่อนงานปัจจัยเสี่ยงฯ ของเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างชัดเจน มีพิจารณาความดีความชอบในการเลื่อนขั้นเงินเดือนข้าราชการตามรอบปกติ เป็นกรณีพิเศษสำหรับผู้ที่ดำเนินงานปัจจัยเสี่ยงฯ ที่มีผลการดำเนินงานที่ดี จัดระบบสนับสนุนการประสานงานและอำนวยความสะดวกการทำงานของทีมงานทั้งในส่วนวัสดุอุปกรณ์ ค่าตอบแทนสวัสดิการต่าง ๆ อบรมพัฒนาศักยภาพ การพาดูแลการไปศึกษาดูงาน และมีการมอบรางวัลเชิดชูเกียรติ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“เราก็คงจะมีนโยบายยุทธศาสตร์ทุกเรื่อง งานยาเสพติดก็จะเป็นหนึ่งเรื่อง ตั้งแต่ นพ.สสจ. รอง นพ.สสจ. ที่รับผิดชอบงานยาเสพติดก็จะกระจายไปทุก CUP ของเรา อำเภอบ้านนาสาร มี

ผอ.รพ. และ สสอ. ซึ่งเราก็รับนโยบายหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัดมาดำเนินงานมาเป็นยุทธศาสตร์ของ CUP ของอำเภอเรา เราก็มีบรรจุกิจกรรมหรืองานไปในส่วนเรื่องของแผนการดำเนินงาน ในพื้นที่ ทุกตำบล เราก็มีแผนเกี่ยวกับการควบคุมแก้ไขปัญหาในพื้นที่ซึ่งต้องมีการบูรณาการทุกภาคส่วนในพื้นที่ ” และ “ ในส่วนของแรงจูงใจ ในเรื่องงบประมาณจะสนับสนุนเต็มที่ในการจัดค่าย อีกส่วนหนึ่งของการอนุมัติการเขียนค่าเดินทางไปราชการไปทำงานจะอนุมัติตลอด ส่วนข้าราชการรอบ 6 เดือน รอบ 1 ปี ก็จะให้ขวัญกำลังใจพิเศษแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด ” (CH1)

“ การสร้างแรงจูงใจในส่วนของการเป็นวิทยากรหรืออบรม ในฐานะที่เป็นลูกจ้างท่าน ผช.สสอ. ก็สนับสนุนค่าเดินทาง ค่าตอบแทนอยู่แล้ว มีเงินสนับสนุนค่าวิทยากรจากจังหวัดมาด้วย ” (HG3)

3. การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม ต้องมีการจัดระบบการให้บริการเชิงรุกด้วยการสร้างภาคีในการติดตามกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสพ โดยใช้ทีมหมอบรรลุทั่วพื้นที่ทุกภาคส่วนในการมีส่วนร่วมการให้เยี่ยมติดตาม และเตรียมความพร้อมของทีมด้วยการประชุมวางแผนในการทำงานของทีม เตรียมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และในเชิงรับต้องมีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาเวชภัณฑ์ กำลังคนในการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาในการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ พร้อมทั้งมีการกำหนดรูปแบบและแนวทางการให้บริการ การส่งต่อไปยังคลินิกของโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกฟ้า) ตามมาตรฐาน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ สำหรับประเด็นของรูปแบบการจัดบริการเราก็มี Guide line แนวทางไว้เรียบร้อยแล้วในภาพของการรักษาว่าขั้นตอนเป็นอย่างไรเพื่อให้เป็นไปตามระบบ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในเรื่องของการบำบัดผู้ป่วย ผู้ติดสารเสพติดทุกประเภทตั้งแต่ในส่วน of โรงพยาบาล ในส่วนสถานบริการที่เราดำเนินการตามนโยบายกระทรวง คือ รพ.สต.ติดดาว 5 ดาว มีหลายกิจกรรมที่เป็นเกณฑ์คุณภาพ งานยาเสพติดก็เป็นเกณฑ์หนึ่ง ที่เราจะต้องดำเนินการ ” (HG1)

“ ในเรื่องการเลิกบุหรี่มีหลักสูตรอยู่ ส่วนในสถานศึกษานะครับ อย่างโรงเรียนบ้านนาสารซึ่งเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาของอำเภอบ้านนาสารทางคณะกรรมการโรงเรียนจะทำการประสานโดยตรงมายังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอว่าให้ทางพวกเราจัดหลักสูตร จัดองค์การบำบัดในเรื่องบุหรี่โดยไปที่โรงเรียนโดยตรง โดยไปสัปดาห์ 1 วัน หรือ 2 วัน ก็แล้วแต่ ซึ่งเป็นโครงการแรกที่เราดำเนินการในโรงเรียนมัธยม ” (CH2)

“ เหมือนกับคลินิกบุหรี่ของพรุพิคิดที่จะเปิดแต่ว่าตอนนี้ยังไม่พร้อมในการให้บริการ แต่ว่าวางแผนคุยกับ ผอ.รพ.สต.ไว้แล้ว อยากจะเปิดเหมือนกัน ตอนนี้ที่ รพ.สต.ทำอยู่ เป็นการให้คำปรึกษาให้ผู้ที่มีสนใจ มีการใช้ยาขงสมุนไพรดอกขาว ” (HG4)

“ ทีมหมอบรรลุทั่วพื้นที่ได้ทำให้เป็นปัจจุบัน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานเหล่าบุรีได้ด้วย เพราะว่าทีมหมอบรรลุทั่วพื้นที่จะครบหมอบรรลุทั่วพื้นที่ ช่วยขับอีกส่วนหนึ่ง ” (CG2)

4. การสนับสนุนการป้องกันและการจัดการตนเอง ทีมดูแลสุขภาพทุกคนต้องมีการสนับสนุนให้ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการป้องกันและจัดการตนเองด้วยการสร้างความตระหนักให้ทราบถึงโทษ พิษภัย และผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงฯ และเสริมสร้างความรู้ในวิธี ลด ละ เลิก สร้างบุคคลต้นแบบ และสนับสนุนให้ชุมชนสร้างมาตรการชุมชนในการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยงฯ โดยใช้วิธีการดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และการใช้กระบวนการของโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยก้าวข้าม 3 ปี อสม. หาผู้ที่สนใจหรือต้องการเลิกสูบบุหรี่ในพื้นที่รับผิดชอบมาปีละอย่างน้อย 1 คน จำนวน 3 ปี มาเข้าร่วมกิจกรรมและมีการติดตามพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ทุกเดือนตลอดระยะเวลา 1 ปี ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ผมเห็นว่าน่าจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในการลดปัจจัยเสี่ยงฯ โดยการจัดการตนเองของชุมชน คือ การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. ร่วมทั้งการบูรณาการทุกภาคส่วนอย่างเต็มที่ ” (HG1)

“ น่าจะมีดำเนินการโครงการ 3 ล้าน 3 ปี อย่างต่อเนื่อง จริง ๆ แล้วเราจะต้องนำเอาบุคคลตัวอย่าง เช่น อสม. ผู้นำหมู่บ้าน มาใช้ในการขับเคลื่อน ” (HG6)

“ ตำบลน้ำพุก็จะมีโครงการ 3 ล้าน 3 ปี อย่างต่อเนื่อง ยังมีการสำรวจทุกเดือนในการส่งรายงาน อสม.1 ว่ามีใครสนใจเข้าร่วมลดละเลิกบุหรี่ พอ 3 เดือน เหมือนมีใครที่สนใจเข้าร่วมเลิกบุหรี่ก็จะมาคุยปรึกษากับ จนท. พืชพยาบาล พออีก 1 เดือน ก็จะมีพยาบาลลงไปเยี่ยมบ้าน ถ้าจะมีการให้ยาสมุนไพร ก็จะมีแพทย์แผนลงไปด้วย ส่วนใหญ่ก็เลิกได้ ” (HG6)

5. การมีระบบฐานข้อมูล ทีมดูแลสุขภาพทุกคนต้องมีการใช้ระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และเสพสารเสพติดในหน่วยบริการ เช่น โปรแกรมระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ JHCIS สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ HosXP ของโรงพยาบาลชุมชน ระบบรายงานข้อมูล HDC ระบบรายงานในเว็บไซต์โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยก้าวข้าม 3 ปี อสม. ในรูปแบบรายงานเอกสารจากแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด (บสต.3) ของฝ่ายปกครองอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา โดยนำเอาข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา นำไปสู่การคืนข้อมูลแก่ชุมชน และจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ไข

การบริหารจัดการภายในชุมชน

1. การสร้างความตระหนัก ตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชน เครือข่ายชุมชนต้องมีการสร้างความตระหนักโดยให้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา พิษภัย ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงให้ชุมชนรับทราบตั้งแต่ในระดับครอบครัว และชุมชน ผ่านทางผู้นำ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ความรุนแรงของ

ปัญหา รวมทั้งการนำกลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย นักเรียน เยาวชน ไปศึกษาดูงานเรียนรู้จากสถานที่จริง ประสบการณ์จริง สภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ เพื่อให้เกิดความตื่นตัว และมีการให้โอกาสกับผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีได้ให้มีจุดยืนในสังคมด้วยการหางาน หรือสร้างอาชีพให้บุคคลกลุ่มดังกล่าว ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“เราต้องหาเทคนิควิธีการทำเพื่อให้บุคคลทั้งหลายเหล่านี้ได้ตระหนักถึงพิษภัย ตรงนี้ผมคิดว่าเป็นวิธีการที่สำคัญที่สุด ถ้าทราบได้ที่เขาไม่มีความรู้ ตระหนักถึงพิษภัยยาสูบและเหล้าแล้ว คงจะจะยาก สิ่งที่เราทำได้ก็ทำโครงการสร้างความเข้าใจคนในชุมชนให้มากขึ้น ให้เขารู้เรื่องของพิษภัย” (CG4)

“ก่อนหน้านี้ผมเคยจัดทัวร์เรือนจำเอาตัวแทนครัวเรือนที่มีเยาวชนอยู่ในครอบครัวพาไปเที่ยวเรือนจำให้เขาได้เห็นว่าการที่ต้องเข้าไปอยู่ในเรือนจำมีสภาพพันหรือ พอเห็นก็จะมาบอกลูกหลานว่ามึงอย่าเข้าไปมันพันหรือพันหรือ คือสืบบากว่าไม่เท่าตาเห็น ผมคิดว่าถ้าเราทำได้ เช่น คนไหนที่เรารู้ว่าพฤติกรรมของบุหรืในชุมชนคงจะหาได้ พาเขาไปแลหผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่วุ่นนอนให้ออกซิเจนที่นอนเจาะคอ ให้เขาได้เห็นว่าการ “ถ้าไม่เลิกจะเป็นอยู่ในสภาพแบบนี้” ให้เขาได้ไปเห็นเพราะบางคนหัวหมอดื้อนั่น” (CG2)

“เราจะนัดผู้ปกครองมาด้วย เพื่อจะให้ผู้ปกครองได้รับรู้ถึงปัญหา พฤติกรรมของเด็กที่ตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ” (HG4)

“ ในบ้านช่องข้างก็จะมึนงงที่ผ่านค่ายบำบัดมาทำงานกับลุงผู้ใหญ่ที่ปึ่มน้ำมัน ช่วยในเรื่องของการทำงานก่อสร้างอย่างนี้ ลุงผู้ใหญ่ก็จะพาไป ซึ่งเด็กก็จะห่างไกลจากตัวนั้นไปเลยห่างไกลจากยาเสพติดเพราะว่าเขามีงานทำ และก็เขามีกิจกรรมที่ทำไม่ว่าง” (HG3)

“ การสร้างอาชีพในชุมชน เหมือนกับเด็กในพื้นที่ตำบลน้ำพุครอบครัวเขาไม่ให้เรียนก็จะมีเวลาว่างก็จะมั่วสู่มในบางที่เด็กพวกนั้นให้เข้ามามีส่วนร่วม มาใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรือมาช่วยในหน่วยงานราชการ ตอนนี้จะมียู่ 2 คน ของตำบลน้ำพุที่เขาให้มาช่วยเหมือนคัดแยกขยะร่วมกับเทศบาล” (HG6)

2. การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุน เครือข่ายชุมชนต้องมีผู้นำชุมชน ทั้งท้องถิ่นที่ท้องถิ่นที่สามารถเป็นตัวอย่าง หรือบุคคลต้นแบบในการลด ละ เลิก หรือไม่ยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฯ พร้อมมีการช่วยสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ช่วยประชาสัมพันธ์รณรงค์ชักชวนให้ลูกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม และในส่วนของนายกเทศบาล/อบต. จะต้องให้ความสำคัญในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนโดยการสนับสนุนงบประมาณ และอนุมัติแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ

3. การระดมและการรวบรวมทรัพยากร เครือข่ายชุมชนต้องมีการระดมทุนและทรัพยากรในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ด้วยรวมกลุ่มในการเขียนของบประมาณ

สนับสนุนจากภาครัฐ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล, สสส.) จากภาคเอกชนในพื้นที่ และมีการระดมเงินบริจาคในชุมชนเข้ากองทุนที่มีในชุมชน เช่น แม่ของแผ่นดิน สำหรับดำเนินกิจกรรม/โครงการลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ การแก้ปัญหาคนท้องที่ท้องถี่ก็ได้ร่วมกันเต็มที่ โดยเฉพาะภาค อสม. ก็จะทำโครงการของงบประมาณของ สปสช. เป็นการรณรงค์บ้าง ออกกำลังกายบ้าง เพื่อดึงคนกลุ่มตรงนี้ หลีกเสี่ยงจากยาสูบ สุรา ” (CH3)

4. การให้บริการที่สมบูรณ์ เครือข่ายชุมชนต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ด้วยการเตรียมกำลังคนโดยเฉพาะผู้นำชุมชน การจัดหางบประมาณในการดำเนินงาน การสร้างชุมชนต้นแบบ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการ และขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ให้ครอบคลุม ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ในกระบวนการตรงนี้ไม่ว่าจะเป็นส่วนภาคของ รพ. หรือว่า รพ.สต. ก็ดำเนินการอยู่ และก็มีการดูแลติดตามตลอด แต่เพราะว่าบุหรี่เกิดเมื่อไหร่ก็จะสูบได้เมื่อนั้น ไม่ว่าจะเลิกไป 1-2 ปี ก็ยังกลับมาสูบได้ อยากจะให้ปวักชุมชนมีส่วนร่วมในการคอยสอดส่องดูแลติดตาม หรือว่าอาจจะ เป็น ชุมชนบำบัด ” (HG7)

ระดับมหภาค

1. การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำ ในชุมชนต้องมีผู้นำที่ให้ความสำคัญในการจัดการปัญหา สนับสนุนในการจัดกิจกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ โดยมีการกำหนดเป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.) และมีการจัดตั้งทีมงานในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“การจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของอำเภอบ้านนาสาร ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ เลือกลัก ๆ มา 2 ประเด็น ซึ่งใน 10 ประเด็น ก็มีปัญหาในเรื่องของยาเสพติด และก็มีในเรื่องของ อำเภอปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาขับเคลื่อนในปี 2561 ในปี 62 มีเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน เรื่องของโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะถิ่น และก็มีเรื่องของการจัดการขยะ ส่วนประเด็นยาเสพติด ในเรื่อง ของบุหรี่ สุราเราก็มีการขับเคลื่อนปกติส่วนหนึ่ง และก็คงเป็นประเด็นที่นำเข้าไป พชอ. และก็มีภาคี เครือข่ายในพื้นที่ส่วนราชการเทศบาล/อปท. และ พชต. หลายพื้นที่มีประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงบุหรี่ สุรา ในการขับเคลื่อน” (HG1)

“ เครือข่ายผู้นำชุมชน ท้องที่ ท้องถิ่นเข้มแข็ง อย่างเช่น ที่เราทำงานอยู่ภายใต้ อำเภอปลอดบุหรี่ โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เราได้ใช้เครือข่ายของผู้นำชุมชน ก็มีทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายก มีบุคคลเล็กบุหรี่ปโรโมเดล ออกมาขับเคลื่อนงานทุกปี อย่างเช่น วันสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม ของทุกปี ใช้โรโมเดลมาประชุมกลุ่มกัน เสวนาร่วมกัน 4-5 หน่วยงาน อย่างเช่นของ ท่านนายอำเภอ

ผอ.รพช. ผู้นำโรงเรียน ก็จะใช้คนที่ติดสุรายาสูบ มาเป็นโรลโมเดลในการขับเคลื่อน และก็มอบเกียรติในการเป็นบุคคลต้นแบบนี้ในเวทีการประชุมเสวนาดังกล่าวด้วย ” (HG3)

“ เราจะต้องมีทีมงานของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้านที่มีความเข้มแข็ง หรือหมู่บ้านที่เข้มแข็ง และให้เป็นหมู่บ้านปลอดยาเสพติดให้เออะ ต้นแบบนั้นต้องมีการขยาย จากการที่ผมได้สัมผัสกับผู้นำชุมชนก็ยังมีหลายพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง ” (HG7)

2. การผสมผสานนโยบาย ชุมชนต้องมีการนำเอานโยบายทั้งในระดับชาติ จังหวัด อำเภอ มาปรับใช้ในพื้นที่ โดยการนำเอานโยบายการสร้างหมู่บ้านสีขาวปลอดยาเสพติดมาประยุกต์ โดยเป็นหมู่บ้านสีขาวปลอดจากปัจจัยเสี่ยงฯ การเริ่มจากครอบครัวสีขาว และก็ขยายไปเป็นหมู่บ้านสีขาว ตำบลสีขาว และอำเภอสีขาวเป็นระดับไป โดยเริ่มจากจุดเล็กๆ ก่อน และให้ส่วนของทีมดูแลสุขภาพก็นำเอานโยบายตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. และโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ที่คิดให้องค์กรราชันย์มาใช้ด้วย ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ อยากให้ขับเคลื่อนหมู่บ้านสีขาวหรือหมู่บ้านปลอดสารเสพติด ซึ่งเป็นการบูรณาการทุกภาคส่วนอย่างเต็มที่ควบคู่ไปกับโครงการ 3 ล้าน 3 ปี แม้ว่าจะดูเรื่องบุหรืออย่างเดียว แต่เราสามารถควบคู่ไปกับสารเสพติดประเภทอื่นได้ด้วยในพื้นที่เป้าหมายบูรณาการร่วมกับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ” (HG1)

“ ในส่วนหมู่บ้าน ตำบล ก็อยากเจาะเน้นลงไปในภาพของครอบครัว เป็นครอบครัวตัวขาว ครอบครัวสีขาว เพื่อจะได้เป็นโมเดลให้กับหมู่บ้าน ก่อนที่เป็นหมู่บ้านสีขาว อยากให้ทำเป็นนโยบายเพิ่มเติมไปด้วยก็จะดี ” (HG3)

3. การส่งเสริมการจัดการเงินทุน ชุมชนต้องมีการส่งเสริมให้มีการจัดการเงินทุนในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ด้วยเพิ่มองค์ความรู้ให้ภาคีเครือข่ายชุมชนในเรื่องการเขียนแผนงานโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ภาคเอกชนในพื้นที่ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ในการดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ เงิน ก็มีอยู่แล้ว อยู่ที่เรารู้จักแสวงหาหรือหม้าย กระบวนการที่จะได้เงินคือเขียนโครงการ ของที่จะมาช่วยในการทำงานในชุมชน และนอกชุมชนอยู่ที่เราจะเอามาทำอะไร ” (CH2)

“ ในส่วนงบประมาณเราก็มีงบประมาณของเครือข่ายมีการจัดทำแผนร่วมกันจะใช้งบ PP หรือ งบอื่นๆ ก็แล้วแต่ หรืองบส่งเสริมป้องกัน งบอื่น ๆ ก็มี สปสช. ในพื้นที่ ก็มีทุกตำบล ” (HG1)

4. การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร ชุมชนต้องมีการพัฒนาและจัดทรัพยากรในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ โดยมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการขยายพื้นที่ในการดำเนินการ

มีการสร้างอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดำเนินงานปัจจัยเสี่ยงฯ และต้องรู้จักเลือกใช้คนในการขับเคลื่อนงานโดยเลือกจากบุคคลที่อยากทำงาน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ คน ในชุมชนมันมีอยู่แล้ว แต่มันมีอยู่ 3 ประเภทด้วยกัน คือ 1.เอาเว้ย 2.อย่าเว้ย 3.เดียวเว้ย เราในฐานะผู้ทำงานต้องแล้วจะเอาคนกลุ่มไหนมาทำงาน อย่าเว้ยกับเดียวเว้ยเอาไว้ที่หลัง เอาเว้ยเลือกมาก่อนเพื่อจะได้ข้งงานให้คนได้เห็นออกมาก่อน ในเบื้องต้นไม่บังคับก่อน ” (CG2)

“ ชุมชนที่เป็นต้นแบบ โรลโมเดล ต้องมีถอดบทเรียนความสำเร็จ และการขยายพื้นที่ไปยังหมู่บ้าน ตำบลใกล้เคียงด้วย ” (HG5)

5. การสนับสนุนกรอบกฎหมาย ชุมชนใช้กระบวนการสร้างธรรมนูญสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดกฎกติกา มาตรการทางสังคม และต้องกำหนดผู้ที่ควบคุมกำกับหลักเกณฑ์ดังกล่าวที่ทุกคนในชุมชนยอมรับ มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง และในส่วนของข้อกำหนดที่รัฐกำหนดขึ้นในการควบคุมการจำหน่ายสุรา ยาสูบตาม พ.ร.บ. การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ ก็มีการใช้ควบคู่กันไปโดยกระบวนการลงโทษผู้ฝ่าฝืนจะเริ่มจากการระดับชุมชนว่ากล่าวตักเตือน หากยังมีการฝ่าฝืนก็จะใช้อำนาจจากทางเจ้าหน้าที่ตำรวจมาดำเนินการตามกฎหมายอย่างจริงจัง ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“ ถ้ากฎหมายในระดับใหญ่ใช้ไม่ได้ผล ก็ใช้กฎหมายท้องถิ่นที่ท้องถิ่น ผมว่าน่าจะตักดีสิทธิ์หว่า คือต้องเอาคนที่เกี่ยวข้องมาตกลงร่วมกัน ต้องมีสัญญากันอย่างเข้มแข็ง อย่างเข้าใจด้วย ก็หาวิธีการคนที่มาควบคุมตอนนี้ต้องไม่มีโทษต้องสังคมยอมรับด้วย ” (CH1)

“ ก็น่าจะเอาเรื่องของธรรมนูญสุขภาพมาปรับใช้ ต้องให้ชุมชนส่วนใหญ่เป็นคนกำหนด ” (CH4)

“ ในเรื่องของธรรมนูญสุขภาพผมมองว่าถ้าทุกพื้นที่ทำ ผมว่าน่าจะมีส่วนเพราะธรรมนูญสุขภาพเป็นการระดมความคิดร่วมกันทุกองค์กรในตำบลเพื่อจะแนวทางในเรื่องของการป้องกันยับยั้งยาเสพติดทุกประเภท เขาจะมีมาตรการซึ่งเป็นสิ่งที่ประชาชนในพื้นที่ยอมรับ ถ้าประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ที่มาทำธรรมนูญสุขภาพ 80% ได้ไปขยายให้กับครอบครัว และก็เกือบทุก ๆ ครอบครัวจะได้รับทราบที่บ้านของตัวเอง ทราบว่าสารเสพติดทุกประเภทเขามีแนวทางป้องกันอย่างไร ข้อห้ามอย่างไร ที่ไม่ให้ประชาชนทุกคนไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยว ” (HG1)

“ ประเด็นการบังคับใช้กฎหมาย ตาม พรบ. คือที่ผ่านมาประเด็นนี้ของอำเภอบ้านนาสารในเรื่องปลอดบุหรี่ เราก็มีมาตรการเชิงสังคมก่อน ก็คือตักเตือนเข้าไปบอกกล่าว โดยจะมีทางสาธารณสุข มั่นคง ตำรวจ ไปว่ากล่าวตักเตือน ถ้ายังมีการฝ่าฝืนก็จะจับกุมโดยใช้กฎหมายที่บัญญัติไว้ ” (HG2)

“ ในเรื่องของกรรการจ้ําหน้ายสุรรา ยาสุบ เราก้ต้องใช้มาตรการเข้มด้าเนนการผู้ที่ต้อง ใกล้เคียงมากที่สุดในพื้นที ค้อต้วแทนจากท้านนายอ้าเกอ ท้านก้านัน ผู้ใหญ่ รวมกับพวกรเราโดยเร่มด้น จากการตักเต้อน ก้คงต้องมีมาตรการที่เข้มขึ้น และก้ใช้กฎหมายเป็นล้าดบต้อไป ” (HG7)

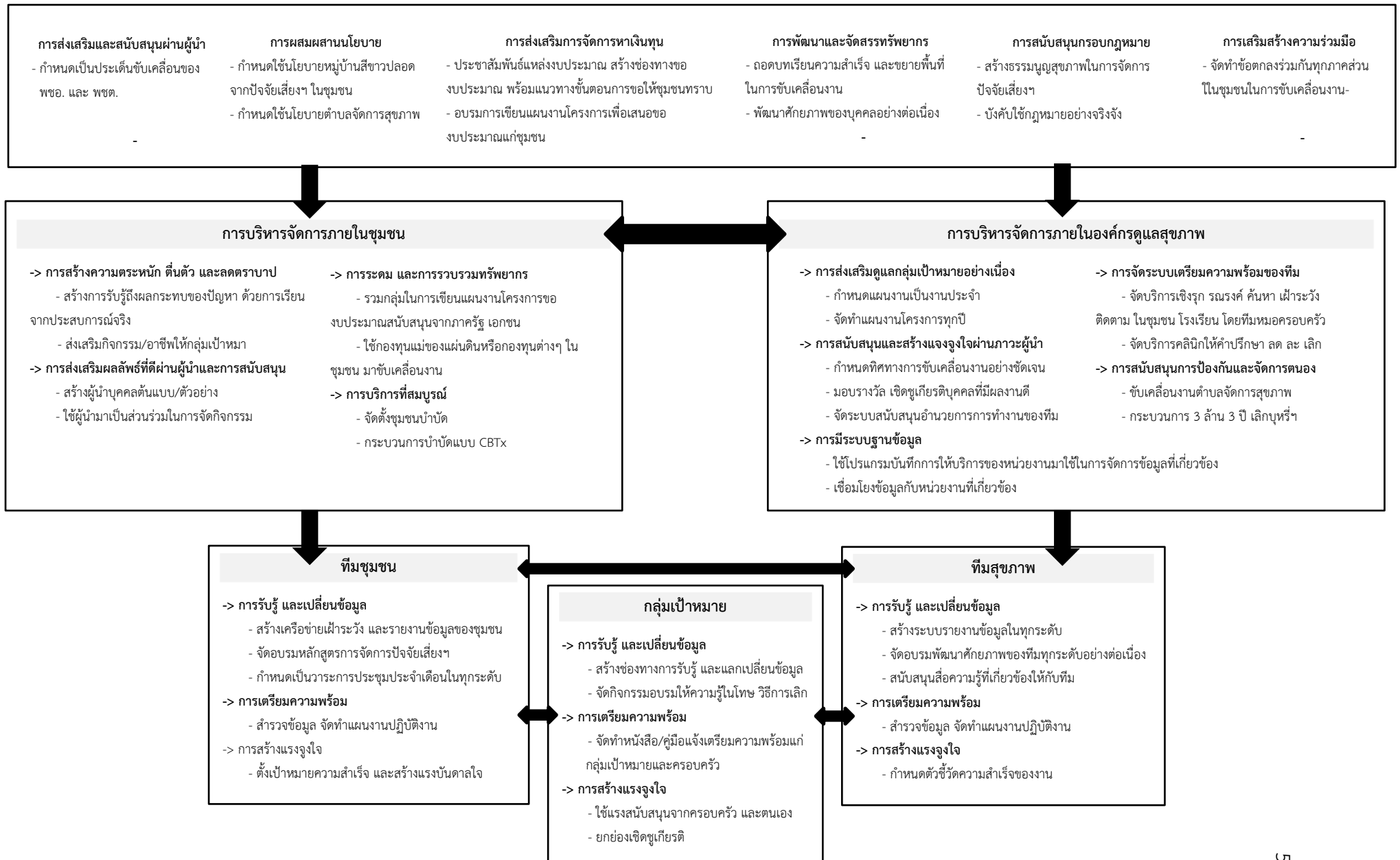
6. การเสริมสร้าความร่วมือ ชุมชนต้องมีการเสริมสร้าความร่วมือในการจ้ดการ ปัจจยเสี่ยงฯ ด้อยการเชี่ยทุกส่วนราชการ วัด โรงเรียน สถานประกอบการในพื้นที่ มารับรู้ถึงสถานการณ์ ปัญหาของพื้นที่ ร่วกันวางแผนในการขับเคลื่อนงานแก้ปัญหามอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตาม ภารกิจของหน่วยงานหรือองค์กร และมีการท้บั่นทักข้อตกลงร่วกัน (MOU) ในการขับเคลื่อนงาน การจ้ดการปัจจยเสี่ยงฯ ในชุมชน ดังต้ออย่างค้พุดที่ท้ว่า

“ เชี่ยผู้นำทุกภาคส่วน วัดวา ม้สยิดเข้ามดด้วยก้ดี มาท้ความเข้าใจชี้แจงวัตถุประสงค์ เสรีจ แล้วก้จ้ดท้เป็นโครงการ แล้วก้เชี่ยบุคคลเหล่าน้ันหรือว่ามอบหมายให้ค้ามีส่วนรับผิดชอบด้วย ให้เขารับงานแสดงบทบาทด้วยจะท้ให้เกิดความภาคภูมิใจว่าเราก้มีบทบาท ” และ “ ต้องมีการประชุม ต้องมีการค้อยกัน ต้องมีเจ้าภาพหลัก จะมอบให้ใครสักส่วนหนึ่งก้ต้องมาค้อยกัน เช่น มอบงานให้เทศบาล สนับสนุนในเรื่องของงบประมาณ ทางฝ้ายสาธารณสุข ฯลฯ มอบหมายแต่ละส่วนให้ชัดเจนมาค้อยใน เรื่องเดียวกัน รับรู้ทุกคนมีส่วนร่วมในงาน ถ้าต้อคนต้อสิ่งก้จะสะเปะสะปะ ” (CG2)

“ ในส่วนการทำ MOU ระหว่าง รพ.สต. กับ โรงเรียน โดยโรงเรียนประสานมาทาง ผอ.รพ.สต. ว่าอยากให้ทาง รพ.สต. เข้าไปสุ่มสำรวจปีสสาวะในนักเรียน บังเอี่ยเหมือนกับพบเยอะ ผอ.เขาเล็งเห็นความสำคัญองปัญหานี้ด้วย ก้เลยแบบค้อยกับทาง ผอ.รพ.สต.อยากจะทำเนนการท้ อะไรเพื่อลดปัญหานี้ให้น้อยลง ที่พบเยอะเยอะจนแบบว่าถ้าไปด้าเนนค้ดีได้ ด้วย ผอ.รร.เขาไม่ อยากรต้ออนาคตเด็ก เขาก้ MOU กับเราให้ทาง รพ.สต.เข้าไปให้ความรู้และมีแบบว่าถ้าพบเราก้จะมา ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กคนน้ัน ” (CH4)

ซึ่งจากผลการศึกษาแนวทางการสร้ารูปแบบการจ้ดการปัจจยเสี่ยงต้อสุขภาพจากสุรรา ยาสุบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง จากการนำเอาผล การศึกษาสถานการณ์การจ้ดการปัจจยเสี่ยงต้อสุขภาพจากสุรรา ยาสุบ และสารเสพติดของชุมชนจาก การเก็บรวบรวมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ในชั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์จ้ดหมวดหมู่กิจกรรมตามองค์ประกอบ กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง แล้วนำมาสู่กระบวนการสนทนากลุ่มในชั้นที่ 2 เพื่อหา ข้อเสนอแนะประเด็นเพิ่มเติมในองค์ประกอบที่ชุมชนยังไม่ได้ด้าเนนการหรือด้าเนนไม่ครบถ้วนมาเติม เต็มข้อมูลในสร้ารูปแบบการจ้ดการปัจจยเสี่ยงต้อสุขภาพจากสุรรา ยาสุบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังให้ครบสมบูรณ์ตามกรอบแนวคิด โดยผู้วิจัยได้ขมวด ผลการศึกษาและเรียบเรียงถ้อยค้ให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติตามบริบทพื้นที่ ซึ่งสามารถสร้ารูป

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิด
นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

9.4 การอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชน โดยศึกษาในพื้นที่ 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลพรุพี ตำบลคลองปราบ ตำบลควนสุบรรณ ตำบลท่าชี และตำบลน้ำพุ ของอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

สถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชน

จากการผลการศึกษาที่พบว่า ระดับการดำเนินงานในภาพรวมของการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง อยู่ในระดับดี เนื่องจากในพื้นที่อำเภอบ้านนาสารมีการกำหนดประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และยาเสพติด เป็นประเด็นสำคัญของการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ปี 2561-2562 มีการนำร่องในการขับเคลื่อนอำเภอปลอดภัย ในปี 2560 และมีการใช้กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ทั้งในส่วนภาครัฐที่มีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นแกนหลักร่วมกับส่วนราชการอื่น ๆ และในส่วนของชุมชน แต่ถึงแม้ว่าระดับการดำเนินงานในภาพรวมของการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชนตามองค์ประกอบกรอบแนวคิดจะอยู่ระดับดี เมื่อมีการแยกเป็น 3 ระดับ พบว่าในแต่ละระดับยังคงมีหลายองค์ประกอบที่พื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินได้ไม่ครบ ดังนี้

ระดับจุลภาค

กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น ความคาดหวัง และความต้องการ ให้ทีมสุขภาพ ทีมชุมชนทราบ ด้วยเหตุผลเพราะความวิตกกังวลหรือไม่กล้าที่จะสื่อสาร หรืออาจไม่มีโอกาส/ช่องทางในการสื่อสารที่เป็นการส่วนตัว ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่สืบเนื่องให้กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายไม่ได้เตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม เพราะไม่ใช่สิ่งที่เขาต้องการ และเป็นเพราะกลุ่มผู้รับบริการหรือยังมีทัศนคติคิดว่าเป็นหน้าที่ของทีมดูแลสุขภาพ หรือชุมชนที่ต้องมีการเตรียมความพร้อม ตนเองมีหน้าที่เพียงเข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการสร้างช่องทางสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ทีมสุขภาพและชุมชนต้องมีการสอบถามความคิดเห็น ความคาดหวังและความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายในการจัดกิจกรรมในชุมชน

ทีมเครือข่ายชุมชนยังมีการรับรู้ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการเกี่ยวกับจัดการปัจจัยเสี่ยงในส่วนของโทษ พิษภัย ผลกระทบ และวิธีลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงยังไม่ชัดเจนทั้ง 3 ประเด็น โดยเฉพาะ

สุรา และสารเสพติด เนื่องจากในพื้นที่ที่มีการเน้นประเด็นการขับเคลื่อนเรื่องบุหรี่ ทำให้ทีมเครือข่ายชุมชนจะได้รับรู้การถ่ายทอดข้อมูลในเรื่องของบุหรี่เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการที่ทีมชุมชนมีองค์ความรู้ที่ไม่ชัดเจนและครอบคลุม อาจทำให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญญ และเพชรไสว ลิ้มตระกูล (2557) ที่พบว่า อสม.ไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง จึงควรมีการอบรมให้ความรู้เสริมสร้างองค์ความรู้ในประเด็นดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ทีมภาคีเครือข่ายชุมชนให้ความร่วมมือและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนมีประสิทธิผลมากขึ้น

และในส่วนของทีมสุขภาพยังมีการสะท้อนในส่วนของการรับรู้ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการที่ได้รับยังคงค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ ซึ่งองค์ความรู้วิชาการที่ใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ทั้ง 3 ประเด็นมีค่อนข้างเยอะ จำเป็นต้องผ่านการอบรมเป็นหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และมีการทบทวนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งทีมสุขภาพในพื้นที่ต้องรอให้หน่วยงานระดับจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดอบรมจึงจะสามารถเข้าร่วมอบรมในการเพิ่มพูนทักษะองค์ความรู้ได้ ดังนั้นทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสำรวจข้อมูลความต้องการในการอบรมฟื้นฟูศักยภาพของทีมสุขภาพ และจัดการอบรมอย่างต่อเนื่อง

ระดับกลาง

1. องค์กรดูแลสุขภาพ

- การส่งเสริมดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ยังมีบางพื้นที่ที่ไม่ได้มีการส่งเสริมดูแลสุขภาพการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ อย่างต่อเนื่อง เพราะขาดงบประมาณในการดำเนินงานโดยเฉพาะงบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่มีการกระบวนการณ์ขั้นตอนในการขออนุมัติ พิจารณา เบิกจ่ายเงินค่อนข้างช้า ทำให้ไม่สามารถดำเนินการกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรมีการจัดแผนงานโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพ หรือแหล่งเงินสนับสนุนจากที่อื่น เช่น สสส. ภาคเอกชน และในส่วนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการทบทวน และปรับปรุงกระบวนการขั้นตอนในการพิจารณาแผนงานโครงการ การเบิกจ่ายงบประมาณให้มีความกระชับ รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

- ขาดการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจของผู้นำองค์กร โดยพบว่า ทีมสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสร้างแรงจูงใจในส่วนของการค่าตอบแทน หรือรางวัลในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ จากผู้นำองค์กรเท่าที่ควรมากนัก มีเพียงแต่การสนับสนุน อำนาจการ และประสานให้ทีมสุขภาพมีความสะดวกในการทำงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ด้วยเพราะการทำงานในระบบราชการของหน่วยงานสาธารณสุขไม่มีการค่าตอบแทนพิเศษ หรือโบนัสในการทำงานเหมือนภาคเอกชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้นำองค์กรต้องหากลวิธีอย่างอื่นมาเป็นสิ่งทดแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน

- การจัดระบบเตรียมความพร้อมของทีม หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบการให้บริการคลินิกเล็กบุหรี หรือเหล่าที่เป็นรูปแบบคลินิกที่ชัดเจนตามเกณฑ์มาตรฐาน มีเพียงการให้คำปรึกษา ให้บริการยาสมุนไพรสำหรับผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ อาจจะเป็นเพราะด้วยบุคลากรของหน่วยบริการที่มีอยู่อย่างจำกัดไม่เพียงพอต่อระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน ที่มีทั้งคลินิกสุขภาพเด็ก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่องค์กรต้องมีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการบริการคลินิกเล็กบุหรี ยาสูบ และสารเสพติดในลำดับต่อไป

2. การบริหารจัดการภายในชุมชน

ในส่วนของบริหารจัดการภายในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ดี ยังมีเฉพาะประเด็นของการระดมและรวบรวมทรัพยากรที่ยังบางพื้นที่ที่ไม่ได้ดำเนินการ อาจเพราะแกนนำชุมชนไม่ทราบถึงแหล่งงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการทำกิจกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ หรืออาจเป็นเพราะขั้นตอนในการขอประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลค่อนข้างยุ่งยาก ต้องมีการจัดทำแผนงานโครงการเสนอเข้าไป ใช้เวลาค่อนข้างนานทำให้แกนนำไม่ยอมจัดหางบประมาณมาดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยง และประกอบกับในพื้นที่ไม่ให้ความสำคัญในการจัดการปัญหาปัจจัยเสี่ยงในชุมชน จึงไม่มีการระดมทุนจากกองทุนที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ในการจัดการเรื่องดังกล่าว จึงควรมีการสร้างความตระหนักถึงปัญหาให้ชุมชนรับทราบ และควรมีการประชาสัมพันธ์แหล่งงบประมาณ และขั้นตอนในการขอสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชนทราบอย่างชัดเจน

ระดับมหภาค

- การผสมผสานนโยบาย พบว่า หลายพื้นที่ยังขาดการนำเอานโยบายการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ มาปรับหรือประยุกต์ในชุมชน เนื่องจากทางผู้ที่กำหนดนโยบายระดับชาติขาดความจริงจังในการขับเคลื่อน กำหนดนโยบายมาชั่วคราว ไม่ได้มีการติดตามประเมินอย่างยั่งยืน ทำให้การขับเคลื่อนของชุมชนในการนำนโยบายมาปรับใช้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ขาดความยั่งยืน และขาดเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนเมื่อนโยบายดังกล่าวไม่มีการติดตามประเมินผล ดังนั้นชุมชนควรนำเอานโยบายที่ในบางพื้นที่ดำเนินการแล้วเกิดผลสำเร็จมาขยายผลขับเคลื่อนในระดับชุมชน โดยชุมชนมาปรับใช้ในรูปแบบบริบทของชุมชน และต้องมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

- การสนับสนุนกรอบกฎหมาย หลายพื้นที่ขาดการนำเอาข้อกำหนดเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ มาบังคับใช้อย่างจริงจัง เนื่องจากขาดผู้ติดตามควบคุมกำกับและลงโทษ โดยเฉพาะเรื่องของการสูบบุหรี การดื่มเหล้าในที่สถานที่ต้องห้าม จึงควรมีการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดกติกาทางสังคมมาใช้ ที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนตระหนักและปฏิบัติตามมากกว่าเพราะเป็นกฎกติกาที่คนในชุมชนส่วนใหญ่กำหนดขึ้น โดยอาจจะใช้ในรูปแบบของ “ธรรมนูญสุขภาพ”

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพวัยเรื้อรัง

ระดับจุลภาค

ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย

- มีการสร้างช่องทางการรับรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยงฯ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนที่กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้ทุกกลุ่ม เช่น การบอกเล่าจาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน การประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางเวทีประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย หรือหอกระจายเสียงของหมู่บ้าน และช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายสืบค้นข้อมูลได้ด้วยตนเอง สร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักเป็นแรงจูงใจ และสร้างความพร้อมในเข้าร่วมกิจกรรม ลด ละเลิกจากปัจจัยเสี่ยงเพื่ออยากมีสุขภาพที่ดี ประกอบกับการได้รับแรงจูงใจจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ อาจทำให้ผู้กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายมีความตั้งใจในการลด ละ เลิก เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมสิริ กิจประเสริฐ (2554) ที่พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมต่างๆ สามารถช่วยให้ผู้ป่วย มีความตั้งใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น

- มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัย ผลกระทบ วิธีการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ เฉพาะเจาะจงทั้ง 3 ประเด็น ยาสูบ สุรา และสารเสพติด ในเชิงลึก และเพิ่มหลักสูตรเกี่ยวกับความรู้เรื่องโทษและพิษจากปัจจัยเสี่ยงฯ ให้กับนักเรียนเยาวชน คนในชุมชน เพื่อที่จะให้กลุ่มดังกล่าวเกิดความตระหนักไม่ออกไปยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฯ สามารถลดจำนวนนักสูบบุหรี่ และนักเสพหน้าใหม่ และในกลุ่มที่สูบบุหรี่ และเสพอยู่แล้วเกิดความตระหนัก และเข้าใจถึงกระบวนการ/วิธีการที่จะลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ สอดคล้องการศึกษาของอกนิษฐ์ ชาติกิจอนันต์ (2557) ที่พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน วิธีการและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวานด้วยการอบรมบรรยาย ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการมีพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานในการด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรม

- มีการเตรียมจัดทำหนังสือหรือคู่มือชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรมให้กับผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายทราบล่วงหน้าเพื่อที่จะได้มีการความพร้อมของตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่ทางชุมชน พร้อมทั้งมีการแจ้งรายละเอียดให้กับบุคคลในครอบครัวทราบด้วยเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายมีการเตรียมพร้อมของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งแก้ว จันดีบ และคณะ (2557) ที่พบว่า การอาศัยพ่อแม่เป็นแรง

บันดาลใจให้แก่ลูกหลานโดยการเป็นแบบอย่างที่ดี มีการแนะนำว่ากล่าวตักเตือนและอบรมสั่งสอน ส่งผลให้ผู้เสพบางรายเริ่ม ลด ละ การดื่มและการสูบบุหรี่ให้น้อยลง

กลุ่มเครือข่ายในชุมชน

- มีการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังข้อมูลของชุมชนเพื่อที่จะให้ชุมชนได้มีการรับรู้ ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนทราบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม

- มีการจัดหลักสูตรอบรมให้ความรู้วิชาการเกี่ยวกับจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในส่วนของ โทษ พิษภัย ผลกระทบ และวิธีลด ละเลิก ทั้ง 3 ประเด็น สุรา ยาสูบ และสารเสพติด สำหรับแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน และมีความมั่นใจในการดำเนินการมากขึ้น กล่าวที่จะให้ข้อมูล คำแนะนำ และวิธีการการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการและกลุ่มเป้าหมายทราบอย่างชัดเจน และสามารถนำเอาข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ไปแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับทราบในเวทีต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

- มีการจัดแผนปฏิบัติการในการดำเนินงาน เพื่อเตรียมความพร้อมของตัวเองในการจัดกิจกรรมหรือโครงการ และมีการประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ศึกษาและสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในชุมชน และศึกษาข้อมูลองค์ความรู้ที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมให้ละเอียด และชัดเจน ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานกิจกรรมมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ งานวิจัยของวงเดือน ถาษา และคณะ (2554) ที่พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวมที่มีการเตรียมความพร้อมที่ดี และมีส่วนร่วมจากชุมชนช่วยให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และยั่งยืน

ทีมดูแลสุขภาพ

- มีสร้างระบบรายงานข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ผู้ดื่ม ผู้สูบบุหรี่ ผู้เสพ จากปัจจัยเสี่ยงฯ ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน โดยมีการเชื่อมโยงจากผู้นำชุมชน อสม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ ฝ่ายปกครองอำเภอ เพื่อที่จะสามารถคืนข้อมูลในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับทราบ ส่งผลให้ง่าย และสะดวกต่อการประสานงาน หรือเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปสู่การวางแผนงานโครงการที่ดำเนินการในชุมชน

- มีการอบรมฟื้นฟู พัฒนาศักยภาพของทีมดูแลสุขภาพทุกระดับ ในเรื่องขององค์ความรู้วิชาการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ เรื่องของโทษ พิษภัย ผลกระทบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิกสุรา ยาสูบ และกระบวนการบำบัดผู้เสพสารเสพติด แนวทางการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เนื่องจากองค์ความรู้วิชาการต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ซึ่งมีความจำเป็นยิ่งที่

ทีมสุขภาพต้องมีการอบรมฟื้นฟูเพื่อจะสามารถใช้ในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องตามสถานการณ์ปัจจุบัน พร้อมทั้งสนับสนุนสื่อสิ่งพิมพ์องค์ความรู้วิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ให้เพียงพอกับความต้องการในการใช้ของทีมดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ในการอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย สามารถทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และนำกลับไปศึกษารายละเอียดได้ด้วยตัวเอง

ระดับกลาง

1. การบริการจัดการภายในองค์กรดูแลสุขภาพ

- มีการประชุมพูดคุยการดำเนินงานทุกเดือนโดยกำหนดงานการส่งเสริมดูแลกลุ่มเป้าหมายเป็นงานประจำ เพื่อให้มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมดูแลกลุ่มเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมติดตามผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ที่ต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว เนื่องกิจกรรมที่ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแล ติดตามผลการเลิก ค่อนข้างนาน โดยในส่วนของสุรา ยาสูบ ต้องมีการติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน และในส่วนของสารเสพติด สำหรับผู้ที่ผ่านการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือบำบัดมาแล้วก็ต้องมีการติดตามตามระบบรายงาน บสต. 3 เป็นระยะเวลา 1 ปี ทำให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว

- มีการกำหนดแผนงานทิศทางในการขับเคลื่อนงานปัจจัยเสี่ยงฯ ของเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างชัดเจน อย่างเช่น พื้นที่อำเภอบ้านนาสารที่มีการขับเคลื่อนงานปัจจัยเสี่ยงฯ มาตั้งปี 2561 โดยมีการกำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนของคณะพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาตลอด จึงทำให้มีแผนงานยุทธศาสตร์ ทิศทางในการขับเคลื่อนจากผู้นำที่ชัดเจน ซึ่งจะทำให้ง่ายต่อการขับเคลื่อนงานทั้งในแนวราบและแนวตั้ง

- มีการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ จากผู้บริหารที่เป็นในส่วนของค่าตอบแทนหรือรางวัลต่าง ๆ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติ โดยการเอาเรื่องการพิจารณาความดีความชอบในการเลื่อนขั้นเงินเดือนของข้าราชการมาพิจารณาประกอบในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ที่มีผลการดำเนินงานที่ดีสำหรับผู้บริหาร

- มีการจัดระบบบริการทั้งในเชิงรับด้วยการพัฒนาคลินิกเลิกสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อเป็นการรองรับการให้บริการกับผู้ที่มีความสนใจ ลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการให้กับผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย สะดวก และไม่ต้องเดินทางและไปนั่งรอคิวรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนที่ค่อนข้างใช้เวลานาน และควรมีการจัดระบบบริการเชิงรุกด้วยการค้นหา เฝ้าระวัง ติดตาม ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายถึงบ้าน ด้วยทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยหลายภาค

- มีการสนับสนุนให้ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการป้องกันและจัดการตนเองด้วยการสร้างความตระหนักให้ทราบถึงโทษ พิษภัย และผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงฯ และเสริมสร้างความรู้ในวิธี ลด ละ เลิก สร้างบุคคลต้นแบบ และสนับสนุนให้ชุมชนสร้างมาตรการชุมชนในการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยงฯ โดยใช้วิธีการดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และการใช้กระบวนการของโครงการ 3 ล้าน 3 ปีฯ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนลุกขึ้นมาจัดการสุขภาพตนเองในการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยงฯ

- มีการใช้ระบบฐานข้อมูล ในหน่วยบริการ เช่น โปรแกรมระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ JHCIS, HosXP ระบบรายงานข้อมูล HDC ระบบรายงานในเว็บไซต์โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่เทิดไท้องค์ราชันย์ และข้อมูลในรูปแบบรายงานเอกสารจากแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด (บสต.3) ของฝ่ายปกครองอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยนำเอาข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา นำไปสู่การคืนข้อมูลแก่ชุมชน และจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ไขนำไปสู่เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ 2556)

2. การบริหารจัดการภายในชุมชน

- มีการสร้างความตระหนักโดยให้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา พิษภัย ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงให้ชุมชนรับทราบตั้งแต่ในระดับครอบครัว และชุมชน ผ่านทางผู้นำ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ความรุนแรงของปัญหา รวมทั้งการนำกลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย นักเรียน เยาวชน ไปศึกษาดูงานเรียนรู้จากสถานที่จริง ประสบการณ์จริง สภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ เพื่อให้เกิดความตื่นตัว ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิสิษฐ์ วัฒน บัวนก (2558) ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านสื่อต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนมีความตระหนักด้านสุขภาพ เกิดการจัดการสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความตระหนัก ตื่นตัวของชุมชนในการการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ควรมีการให้โอกาสกับผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีได้ให้มีจุดยืนในสังคมด้วยการหางาน หรือสร้างอาชีพให้บุคคลกลุ่มดังกล่าว

- มีกำหนดให้ผู้นำชุมชนทั้งท้องที่ท้องถื่นเป็นตัวอย่าง หรือบุคคลต้นแบบในการลด ละ เลิก หรือไม่ยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฯ พร้อมมีการช่วยสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ช่วยประชาสัมพันธ์ณรงค์ชักชวนให้ลูกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม โดยการให้มีผู้นำในระดับอำเภอ ท่านนายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว มีการนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเข้าพูดคุยในการประชุมหัวหน้าราชการ ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน อยู่เป็นประจำ รวมทั้งมีการยกย่องบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้นำในการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยงฯ ซึ่งจะทำให้ผู้นำชุมชนทั้งท้องที่ท้องถื่นให้ความสำคัญ และมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานระดับหมู่บ้าน และตำบล

สอดคล้องการศึกษาของกิ่งแก้ว จันดีบ และคณะ (2557) ที่พบว่า การให้ผู้นำและกลุ่มแกนนำชุมชน สื่อสารข้อมูลโทษและพิษภัยของสุรา บุหรี่แก่ชาวบ้านผ่านเสียงตามสาย ในที่ประชุมหมู่บ้านทุกเดือน ทำให้ชาวบ้านรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เกิดการตื่นตัวต่อผลกระทบของโทษและพิษของสุรา และ บุหรี่ โดยเฉพาะบุหรี่มีชาวบ้านให้ความสนใจ และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเลิกมากขึ้น

- มีการสนับสนุนให้ชุมชนมีการระดมทุนและทรัพยากรในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ด้วยรวมกลุ่มในการเขียนของบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล, สสส.) จากภาคเอกชนในพื้นที่ และมีการระดมเงินบริจาคในชุมชนเข้ากองทุนที่มีในชุมชน เช่น แม่ของแผ่นดิน สำหรับดำเนินกิจกรรม/โครงการลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน

- มีการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ด้วยการเตรียมกำลังคนโดยเฉพาะผู้นำชุมชน การจัดทำงบประมาณ ในการดำเนินงาน การสร้างชุมชนต้นแบบ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการ ซึ่งการที่มีต้นทุนทรัพยากรที่ดีทั้งใน คน เงิน สิ่งของ เป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดระบบบริการหรือกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงที่ดีในชุมชน

ระดับมหภาค

1. มีการกำหนดประเด็นการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ เป็นหนึ่งในประเด็นหลักในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.) เพราะการกำหนดประเด็นปัจจัยเสี่ยงฯ ในการขับเคลื่อนงาน เป็นการกำหนดให้ผู้นำต้องให้ความสำคัญในการจัดการปัญหา และทั้งสนับสนุนในการจัดกิจกรรม

2. มีการนำเอานโยบายการสร้างหมู่บ้านสีขาวปลอดยาเสพติดมาประยุกต์ใช้ โดยเป็นหมู่บ้านสีขาวปลอดจากปัจจัยเสี่ยงฯ การเริ่มจากครอบครัวสีขาว และก็ขยายไปเป็นหมู่บ้านสีขาว ตำบลสีขาว และอำเภอสีขาวเป็นระดับไป โดยเริ่มจากจุดเล็กๆ ก่อน และให้ส่วนของทีมดูแลสุขภาพก็นำเอานโยบายตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. และโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยก้าวข้ามยาสูบมาใช้ด้วย โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดนโยบายมาปรับใช้ ซึ่งหากทุกหน่วยงานมีการร่วมมือการขับเคลื่อน และผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานอย่างชัดเจนจากสมาชิกในชุมชน จะทำให้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงได้ (วิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ และคณะ 2556)

3. มีประชาสัมพันธ์แหล่งงบประมาณ ขั้นตอนการขอสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชนทราบ อย่างชัดเจน และการจัดอบรมให้ความรู้แก่แกนนำชุมชนในการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ เพื่อมีการส่งเสริมชุมชนให้มีการจัดหาเงินทุนในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ภาคเอกชนในพื้นที่ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหากแกนนำทราบถึงแหล่งงบประมาณ กระบวนการขั้นตอน ก็เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนเอื้อต่อการระดมทุนจัดหาทรัพยากรมาใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ได้ง่าย และสะดวกมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ได้รับการจัดสรรให้อย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีการข้อกำหนดให้ชุมชนสามารถเสนอแผนงานโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนในการแก้ปัญหาที่มาจากความต้องการของชุมชน และแก้ปัญหาได้ตรงจุด (หมอชาวบ้าน 2553)

4. มีการพัฒนาและจัดทรัพยากรในดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ โดยมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการขยายพื้นที่ในการดำเนินการ มีการสร้างอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดำเนินงานปัจจัยเสี่ยงฯ เพื่อที่จะให้แกนนำชุมชนดังกล่าวเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน

5. มีการใช้กระบวนการสร้างธรรมนูญสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดกติกา มาตรการทางสังคม และต้องกำหนดผู้ที่ควบคุมกำกับหลักเกณฑ์ดังกล่าวที่ทุกคนในชุมชนยอมรับ ซึ่งธรรมนูญสุขภาพเป็นการระดมความคิดร่วมกันทุกองค์กรในตำบลเพื่อจะแนวทางในการจัดการปัญหา มาตรการต่าง ๆ เกิดจากประชาชนในพื้นที่ จึงทำให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติตามกติกาของชุมชน และในส่วนของข้อกำหนดที่รัฐกำหนดขึ้นในการก็ยังมีความจำเป็นต้องใช้ควบคู่ไป แต่ในส่วนของกระบวนการลงโทษผู้ฝ่าฝืนอาจจะต้องเริ่มจากระดับชุมชนว่ากล่าวตักเตือน หากยังมีการฝ่าฝืนก็จะใช้อำนาจจากทางเจ้าหน้าที่ตำรวจมาดำเนินการตามกฎหมายอย่าง ตามที่ จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ (2554) ได้มีการศึกษาพบว่า การกำหนดนโยบายในชุมชนห้ามมิให้สูบบุหรี่ในงานเลี้ยง งานบุญ ให้ร้านค้างดจำหน่ายบุหรี่ ทำให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น

6. มีการเสริมสร้างความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ด้วยการเชิญทุกส่วนราชการ วัด โรงเรียน สถานประกอบการในพื้นที่ มารับรู้ถึงสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ ร่วมกันวางแผนในการขับเคลื่อนงานแก้ปัญหาอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามภารกิจของหน่วยงานหรือองค์กร และมีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในการขับเคลื่อนงาน การจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชน ซึ่งจะทำให้ทุกหน่วยงานรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ สอดคล้องกับงานวิจัยของกิ่งแก้ว จันต๊ะ และคณะ (2557) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงาน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการจัดการปัญหาให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้

10. สรุปผลการวิจัยและ ข้อเสนอแนะ

10.1 สรุปผลการวิจัย

สถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชน

จากการศึกษาสถานการณ์กิจกรรม โครงการที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชนทั้ง 5 ตำบล ในพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ไม่พื้นที่ใดที่มีการดำเนินกิจกรรมได้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ ระดับการดำเนินงานในภาพรวมของการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชนตามกรอบแนวคิดอยู่ในระดับดี โดยการดำเนินงานในระดับจุลภาคอยู่ในระดับดี ระดับกลางอยู่ในระดับดีมาก ระดับมหภาคอยู่ในระดับปรับปรุง ซึ่งเมื่อพิจารณาในองค์ประกอบที่หลายพื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ หรือดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง สามารถสรุปเป็น 3 ได้ดังนี้

ระดับจุลภาค

- กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายทุกพื้นที่ยังขาดการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม และยังมีบางพื้นที่ที่กลุ่มผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ทีมชุมชนหรือทีมดูแลสุขภาพทราบถึงความต้องการ ความคาดหวัง

- ทีมเครือข่ายชุมชน บางพื้นที่ที่ยังขาดองค์ความรู้วิชาเกี่ยวกับวิธีการ หรือกระบวนการ ลด ละ เลิกจากสุรา และสารเสพติด เนื่องจากได้รับรู้ข้อมูลดังกล่าวค่อนข้างน้อย

- ทีมดูแลสุขภาพ ทุกพื้นที่ที่มีการดำเนินการครบทั้ง 3 องค์ประกอบ แต่ก็ยังมีการสะท้อนในส่วนของการรับรู้ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการที่ได้รับยังค่อนข้างน้อยยังไม่เพียงพอ

ระดับกลาง

- การบริหารจัดการภายในองค์กรดูแลสุขภาพ ยังมีบางพื้นที่ที่ไม่ได้มีการส่งเสริมดูแลสุขภาพการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ อย่างต่อเนื่อง เพราะขาดงบประมาณสนับสนุน หลายพื้นที่ยังไม่มีระบบการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ หรือเหล้าที่เป็นรูปแบบคลินิกที่ชัดเจนตามเกณฑ์มาตรฐาน และขาดการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจของผู้นำองค์กร

- การบริหารจัดการภายในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ครบตามองค์ประกอบ ยังมีเฉพาะประเด็นของการระดมและรวบรวมทรัพยากรที่ยังบางพื้นที่ที่ไม่ได้ดำเนินการ

ระดับมหภาค

หลายพื้นที่ยังขาดการนำเอานโยบายการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ มาปรับหรือประยุกต์ในชุมชน ขาดการนำเอาข้อมูลมาเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ มาบังคับใช้อย่างจริงจัง และบางพื้นที่ขาดการจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่มารับผิดชอบงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในชุมชนโดยตรง ขาดการบูรณาการในการขับเคลื่อนงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ร่วมกัน

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

สำหรับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ควรมีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

ระดับจุลภาค

- ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย มีการสร้างทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัย ผลกระทบ วิธีการลด ละเลิกจากปัจจัยเสี่ยงฯ มีการเตรียมความพร้อมของตนเองและใช้บุคคลในครอบครัวในการกระตุ้น และได้รับการเตรียมความพร้อมจากเครือข่ายชุมชน และทีมสุขภาพ และมีการสร้างแรงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเองและครอบครัว

- กลุ่มเครือข่ายในชุมชน มีการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงฯ ทั้งในทุกระดับ โดยการสร้างเครือข่ายรายงานข้อมูลในระดับชุมชน ต้องได้รับอบรมความรู้วิชาการเกี่ยวกับจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ และมีการนำเอาข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ไปแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ มีการเตรียมความพร้อมของตนเองในการจัดกิจกรรม มีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ ด้วยใช้แรงบันดาลใจให้กับตัวเองและตั้งเป้าหมายความสำเร็จในการทำงาน

- ทีมดูแลสุขภาพ มีการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ทุกระดับโดยการสร้างระบบรายงานข้อมูลในระดับชุมชน มีการอบรมฟื้นฟู พัฒนาศักยภาพองค์ความรู้วิชาการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ อย่างต่อเนื่อง และมีการนำเอาข้อมูลองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับรู้ ไปแลกเปลี่ยนให้กับชุมชน มีการเตรียมความพร้อมให้กับทีมงานหรือองค์กรในการจัดกิจกรรมโครงการ และมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานของตัวเองด้วยการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของงาน

ระดับกลาง

- การบริการจัดการภายในองค์กรดูแลสุขภาพ มีการส่งเสริมดูแลผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้รับการสนับสนุน อำนาจการ และให้รางวัล ยกย่องใน

การทำงานจากผู้นาองค์กรเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน มีการจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีมในการให้บริการเชิงรุก เชิงรับ

- การบริหารจัดการภายในชุมชน เครือข่ายชุมชนต้องมีการสร้างความตระหนักถึงปัญหาของปัจจัยเสี่ยง ๆ ในชุมชน ผู้นาชุมชนทั้งท้องถิ่นต้องเป็นบุคคลต้นแบบในการลด ละ เลิก หรือไม่ยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงๆ พร้อมมีการช่วยสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมการดำเนินงาน มีการระดมทุนและทรัพยากรในการจัดกิจกรรม และมีการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงๆ ในชุมชน ทั้ง คน เงิน ของ และมีการสร้างชุมชนต้นแบบ และขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ให้ครอบคลุม

ระดับมหภาค

ชุมชนต้องมีผู้นำที่เป็นต้นแบบ ให้ความสำคัญในการจัดการปัญหา สนับสนุนในการจัดกิจกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงๆ โดยมีการกำหนดเป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนงานพัฒนาในระดับพื้นที่ มีการนำเอานโยบายการสร้างหมู่บ้านสีขาวปลอดยาเสพติดมาประยุกต์ปรับใช้ในพื้นที่ และให้ส่วนของทีมดูแลสุขภาพก็นำเอานโยบายตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. และโครงการ 3 ล้าน 3 ปี มีการส่งเสริมให้มีการจัดหาเงินทุน พร้อมทั้งมีการพัฒนาและจัดทรัพยากรคน เงิน ของ ในดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงๆ อย่างต่อเนื่อง มีการใช้กระบวนการสร้างธรรมนูญสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงๆ โดยยังคงใช้ข้อกำหนดที่รัฐกำหนดขึ้นในการควบคุมการจำหน่ายสุรา ยาสูบตาม พ.ร.บ. ควบคุมกันอย่างจริงจัง และต้องมีการเสริมสร้างความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน โดยการทาบ้นที่กข้อตกลงร่วมกันในการขับเคลื่อนงานจัดการปัจจัยเสี่ยงๆ ในชุมชน

10.2 ข้อเสนอแนะ

10.2.1 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

1. ควรมีการนำรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังไปทดลองใช้ในพื้นที่ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด เพื่อประเมินผลการใช้การใช้งรูปแบบ

2. ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ไปปรับใช้กับพื้นที่อำเภออื่น ๆ และมีการทบทวน เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับแต่ละบริบทมากขึ้น

10.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการแยกประเด็นในศึกษาของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้ง 3 ประเด็น (สุรา, ยาสูบ, สารเสพติด) เนื่องจากแต่ละประเด็นมีรายละเอียดในการจัดการแตกต่างกันไป
2. ควรมีการศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ได้รูปแบบที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

10.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มของผู้เสพยาเสพติด เนื่องจากบุคคลกลุ่มดังกล่าวไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย
2. การศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาในพื้นที่ระดับตำบลจำนวน 5 แห่ง ข้อมูลที่ได้จึงอาจจะยังไม่สามารถเป็นตัวแทนในพื้นที่ระดับใหญ่ ๆ เช่น ระดับจังหวัด หรือระดับประเทศได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. 2562. ผลการดำเนินงานการปรับระบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- กิ่งแก้ว จันดีบ และคณะ. 2557. การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดและสารเสพติดของชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการติดยา (พรส.).
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ. 2554. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 20: 313-322.
- ปีทมา โภมทุตร. ม.ป.ป. เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model.
http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/2_Chronic_care_model_improving_primary_care_for_patient_with_chronic_illness_5.60_.pdf
 สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2561.
- นงนุช เพ็ชรรวง และคณะ. 2556. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารการพยาบาลทหารบก 14: 25-34
- เพชรภรณ์ วุฒิมงคลชัย. 2560. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัทอิมชั่นอาร์ต จำกัด.
- พิสิทธ์ ฌอน บัวกนก. 2558. การพัฒนาสื่อเพื่อการเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างความตระหนัก สุขภาวะสุขภาพดี กรณีศึกษาชุมชนบ้านแพะคอนตัน ตำบลชมพู จังหวัดลำปาง. วารสารครุศาสตร์ 43ซ 63-79.
- รัชนี้ สรรเสริญ และคณะ. 2556. การพัฒนาระบบการดูแลผู้พิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 6 (3): 25-41.
- วิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ และคณะ. 2556. บทเรียนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน ที่ประสบความสำเร็จ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- วงเดือน ฤาชา และคณะ. 2554. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล 38: 31-41
- วิษณุ เกษมทรัพย์ และคณะ. 2556. โครงการศึกษาวิเคราะห์ช่องว่างงานวิจัยด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และปวีณา ปั่นกระจำง. 2561. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศ
ไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2561. แผนงานกองทุน. สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา.
<http://localfund.happynetwork.org/project/planning?ar=11&pv=84&am=12&s=&yr=>
สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2560
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560. สุขภาพคนไทย 2560. นครปฐม:
บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สาวิตรี อัญญาณรงค์กรชัย. 2560. รายงานสถานการณ์ การบริโภคแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี
พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สหพัฒนาการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2560. ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
http://obt.nhso.go.th/obt/evaluation_report?zoneid=11&provinceid=8000&year=2016 สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2560
- สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ. 2559. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559-2562.
กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์ จำกัด
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. 2561. รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้านประจำปี
พ.ศ. 2561. ระบบสถิติทางทะเบียน.
<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statTDD/views/showZoneData.php?rcode=8412&statType=1&year=61> (สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562)
- สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. 2562. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข <http://gishealth.moph.go.th/pcu/> สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 2562
- หมอชาวบ้าน. 2553. ความยั่งยืนของหลักประกันสุขภาพไทย. นิตยสารหมอชาวบ้าน. 378.
- อกนิษฐ์ ชาติกิจอนันต์. 2557. ผลการประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน. วารสารการพยาบาล 28 (3): 112-127.
- อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพวิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัญญาณรงค์กรชัย. 2559. ข้อเท็จจริงและตัวเลข:
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สงขลา.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. 2558. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 Kick off to

- the goals*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
เอี่ยมศิริ กิจประเสริฐ และคณะ. 2554 *ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการ
ลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในเครือญาติ*. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 5 : 29-38.
HCD. 2561. การคัดกรองและบำบัดผู้ติดบุหรี่. กระทรวงสาธารณสุข.
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/
format1php&cat_id=06b9ffbd9fa83f29fef3a7e7ba8119d6&id=0197da9aa711d6d
a186253f526d9e2a0](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1php&cat_id=06b9ffbd9fa83f29fef3a7e7ba8119d6&id=0197da9aa711d6da186253f526d9e2a0). (สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2561)
- R. Nuno et al. 2012. *Integrated care for chronic conditions: The contribution of the
ICCC Framework*. Health Policy 2012 (105): 55-64.
- World health organization. 2002. *Innovative care for chronic condition : building
block for action: global report*.
<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/>.
(accessed August 10, 2016)

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยแบบกึ่งมีโครงสร้าง (ชุดที่ 1)

เรื่อง : รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนโดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อผู้วิจัย : นายเอกษา ลิ่มเวียงสิริวงศ์

นักศึกษาลัทธิสุตรวิททยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษา : ดร. ขอพียะห์ นิมะ

สำหรับ : ผู้รับบริการ/ผู้เข้าโครงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนโดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ซึ่งมีแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 3 แนวคำถามที่เฉพาะเจาะจงในการสัมภาษณ์

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการสัมภาษณ์

การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หมายถึง กระบวนการแนวทางในการดำเนินการของชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การสุขภาพ และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการป้องกันหรือลดองค์ประกอบด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม ระบบกลไก หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในชุมชน

วัน เดือน ปี ที่ให้สัมภาษณ์.....
 เริ่มการสัมภาษณ์ เวลา..... น. จบการสัมภาษณ์เวลา..... น.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์

เพศ.....

อายุ..... ปี

ระดับการศึกษา.....

อาชีพ.....

ตำบลที่อยู่อาศัย.....

สถานภาพ (กลุ่มปกติ,กลุ่มเสียงสัมผัส,ผู้ดื่ม,ผู้สูบ,ผู้เสพ)/ลักษณะของกิจกรรมที่เข้าร่วมโครงการ
 ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติด

ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม (จำนวน).....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามทั่วไปในการสัมภาษณ์

1. ในระยะเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมาชุมชนของท่านมีการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด อะไรบ้าง (โครงการ/กิจกรรม) ใครเป็นผู้ดำเนินการ และมีการดำเนินการอย่างไร ในปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

- ด้านตัวบุคคล (การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติที่ลดปัจจัยเสี่ยงฯ)

.....

- ด้านสิ่งแวดล้อม (การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง)

.....

- ด้านระบบกลไก (การสร้างเครือข่าย และพัฒนาระบบการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยง)

2. ท่านมีส่วนร่วม หรือเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ทุกกิจกรรมหรือไม่ เพราะอะไร กิจกรรมอะไรบ้างที่เข้าร่วม และผลเป็นอย่างไร

3. ในชุมชนของท่านมีการสร้างภาคีเครือข่าย (กลุ่มบุคคล/ชมรม) ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรாயาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

4. ในชุมชนของท่านมีการจัดทำนโยบาย หรือนำเอานโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด มาประยุกต์หรือดำเนินการใช้ในพื้นที่ หรือไม่ อย่างไร

5. ในชุมชนของท่านมีการส่งเสริมการจัดหาทรัพยากร งบประมาณมาใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

6. ในชุมชนของท่านมีการสนับสนุนนำเอากรอบกฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกันที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด มาปรับใช้ในพื้นที่ หรือไม่ อย่างไร

7. ผู้นำห้องที่/ท้องถิ่นในชุมชนของท่านมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

8. ในชุมชนของท่านมีการพัฒนาการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตลอดจนจัดสรร/สนับสนุนบุคลากรในการดำเนินงาน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

9. ในชุมชนของท่านมีการสนับสนุนชักชวนผู้ที่ต้องการเลิกจากจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดเข้ารับการบำบัดหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 แนวคำถามที่เฉพาะเจาะจงในการสัมภาษณ์

1. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบ การดำเนินการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงฯ และองค์ความรู้วิชาการในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงฯ)

1.1 ท่านได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา และผลกระทบของสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน หรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง อย่างไร

.....

.....

.....

1.2 ท่านได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด จากตัวแทนชุมชน/ทีมสุขภาพ/ทีมที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง หรือไม่ อย่างไร และเรื่องอะไรบ้าง

.....

.....

.....

1.3 ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด กับตัวแทนชุมชน/ทีมสุขภาพ/ทีมที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

2. การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วม/การดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

2.1 ตัวแทนชุมชน/ทีมสุขภาพ/ทีมที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง ได้มีการเตรียมความพร้อมของท่านในการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร และตัวท่านเองมีการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมฯ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

3. การสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วม/การดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

3.1 ท่านมีการเสริมแรงกระตุ้นตัวเองในการเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด กับตัวแทนชุมชน/ทีมสุขภาพ/ทีมที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

3.2 ตัวแทนชุมชน/ทีมสุขภาพ/ทีมที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง มีการเสริมแรงกระตุ้นให้ท่านเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

4. ระบบการจัดการของชุมชน และองค์กรสุขภาพ/องค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง ในการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

4.1 ชุมชนของท่านมีการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของตัวท่าน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

4.2 ชุมชน องค์กรสุขภาพ และองค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง มีการจัดกิจกรรม/โครงการ/บริการ ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด มาเป็นระยะเวลากี่ปี และได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร การประสานเป็นอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยแบบกึ่งมีโครงสร้าง (ชุดที่ 2)

เรื่อง : รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนโดยใช้แนวคิด
นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อผู้วิจัย : นายเอกษา ลิ่มเวียงสิริวงศ์

นักศึกษาลัทธิสุตรวิททยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษา : ดร. ชอพียะห์ นิมะ

สำหรับ : กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน ผู้นำชุมชน ตัวแทนของชุมชนได้แก่ ตัวแทนจาก อปท.

กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, อสม.ที่ทำงานเกี่ยวข้อง, และผู้รับผิดชอบโครงการลดปัจจัยเสี่ยงฯ

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนโดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ซึ่งมีแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 3 แนวคำถามที่เฉพาะเจาะจงในการสัมภาษณ์

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการสัมภาษณ์

การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หมายถึง กระบวนการแนวทางในการดำเนินการของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสุขภาพ และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการป้องกันหรือลดองค์ประกอบด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม ระบบกลไก หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในชุมชน

วัน เดือน ปี ที่ให้สัมภาษณ์.....
 เริ่มการสัมภาษณ์ เวลา..... น. จบการสัมภาษณ์เวลา..... น.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์

เพศ.....

อายุ..... ปี

ระดับ

การศึกษา.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ประสบการณ์ในการทำงานปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด กี่ปี ทำอะไรบ้าง

.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามทั่วไปในการสัมภาษณ์

1. ในระยะเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมาชุมชนของท่านมีการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด อะไรบ้าง ใครเป็นผู้ดำเนินการ และมีการดำเนินการอย่างไร ในปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

- ด้านปัจเจกบุคคล (สร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติที่ลดปัจจัยเสี่ยงฯ)

.....

.....

.....

.....

- ด้านสิ่งแวดล้อม (สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง)

.....

.....

.....

.....

- ด้านระบบกลไก (สร้างเครือข่าย และพัฒนาระบบการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยง)

2. ท่านมีส่วนร่วม หรือเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ทุกกิจกรรมหรือไม่ เพราะอะไร กิจกรรมอะไรบ้างที่เข้าร่วม และผลเป็นอย่างไร

3. ในชุมชนของท่านมีการสร้างภาคีเครือข่าย (กลุ่มบุคคล/ชมรม) ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

4. ในชุมชนของท่านมีการจัดทำนโยบาย หรือนำเอานโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด มาประยุกต์หรือดำเนินการใช้ในพื้นที่ หรือไม่ อย่างไร

5. ในชุมชนของท่านมีการส่งเสริมการจัดหาทรัพยากร งบประมาณมาใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

6. ในชุมชนของท่านมีการสนับสนุนเอากรอบกฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกันที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด มาปรับใช้ในพื้นที่ หรือไม่ อย่างไร

7. ผู้นำท้องถิ่น/ท้องถิ่นในชุมชนของท่านมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

8. ในชุมชนของท่านมีการพัฒนาการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตลอดจนจัดสรร/สนับสนุนบุคลากรในการดำเนินงาน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

9. ในชุมชนของท่านมีการสนับสนุนชักชวนผู้ที่ต้องการเลิกจากจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดเข้ารับการบำบัดหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 แนวคำถามที่เฉพาะเจาะจงในการสัมภาษณ์

1. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบ การดำเนินการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงฯ และองค์ความรู้วิชาการในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงฯ)

1.1 ท่านและองค์กร มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา และองค์ความรู้ทางวิชาการในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

1.2 ท่านและองค์กรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ให้กับกลุ่มผู้รับบริการ/ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทีมสุขภาพ และทีมงานที่เกี่ยวข้องหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

2. การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วม/การดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

2.1 ท่านและองค์กร มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในชุมชน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

2.2 ท่านและองค์กร ได้มีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มผู้รับบริการ/ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทีมสุขภาพ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

3. การสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วม/การดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

3.1 ท่าน และองค์กรมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

3.2 ท่าน และองค์กร มีการสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทีมสุขภาพ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

4. ระบบการจัดการของชุมชน และองค์กรสุขภาพ/องค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง ในการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

4.1 ชุมชนของท่านมีการสร้างความตระหนักถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดให้กับตัวท่าน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

4.2 ชุมชนของท่านมีการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดที่ดี หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยแบบกึ่งมีโครงสร้าง (ชุดที่ 3)

เรื่อง : รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนโดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อผู้วิจัย : นายเอกษา ลี้มเวียงศิริวงศ์

นักศึกษาลัทธิสุตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษา : ดร. ขอพียะห์ นิมะ

สำหรับ : กลุ่มองค์กร/ทีมที่ให้บริการดูแลสุขภาพ และองค์กร/ทีมที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชนโดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ซึ่งมีแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 3 แนวคำถามที่เฉพาะเจาะจงในการสัมภาษณ์

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการสัมภาษณ์

การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หมายถึง กระบวนการแนวทางในการดำเนินการของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสุขภาพ และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการป้องกันหรือลดองค์ประกอบด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม ระบบกลไก หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในชุมชน

วัน เดือน ปี ที่ให้สัมภาษณ์.....
 เริ่มการสัมภาษณ์ เวลา..... น. จบการสัมภาษณ์เวลา..... น.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์

เพศ.....

อายุ..... ปี

ระดับ

การศึกษา.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ประสบการณ์ในการทำงานปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด กี่ปี ทำ
 อะไรบ้าง.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามทั่วไปในการสัมภาษณ์

1. ในระยะเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมาชุมชนของท่านมีการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด อะไรบ้าง ใครเป็นผู้ดำเนินการ และมีการดำเนินการอย่างไร ในปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

- ด้านปัจเจกบุคคล (สร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติที่ลดปัจจัยเสี่ยงฯ)

.....

- ด้านสิ่งแวดล้อม (สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง)

.....

- ด้านระบบกลไก (สร้างเครือข่าย และพัฒนาระบบการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยง)

2. ท่านมีส่วนร่วม หรือเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ทุกกิจกรรมหรือไม่ เพราะอะไร กิจกรรมอะไรบ้างที่เข้าร่วม และผลเป็นอย่างไร

3. ในชุมชนของท่านมีการสร้างภาคีเครือข่าย (กลุ่มบุคคล/ชมรม) ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

4. ในชุมชนของท่านมีการจัดทำนโยบาย หรือนำเอานโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด มาประยุกต์หรือดำเนินการใช้ในพื้นที่ หรือไม่ อย่างไร

5. ในชุมชนของท่านมีการส่งเสริมการจัดหาทรัพยากร งบประมาณมาใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

6. ในชุมชนของท่านมีการสนับสนุนเอากรอบกฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกันที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด มาปรับใช้ในพื้นที่ หรือไม่ อย่างไร

7. ผู้นำท้องที่/ท้องถิ่นในชุมชนของท่านมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

8. ในชุมชนของท่านมีการพัฒนาการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตลอดจนจัดสรร/สนับสนุนบุคลากรในการดำเนินงาน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

9. ในชุมชนของท่านมีการสนับสนุนชักชวนผู้ที่ต้องการเลิกจากจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดเข้ารับการบำบัดหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 แนวคำถามที่เฉพาะเจาะจงในการสัมภาษณ์

1. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบ การดำเนินการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงฯ และองค์ความรู้วิชาการในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงฯ)

1.1 ท่าน และองค์กร มีการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

1.2 ท่าน และองค์กร ได้รับรู้ข้อมูลองค์ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการบริการ หรือการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร (แหล่งใด) และเรื่องอะไรบ้าง (บ่อแยกไหน)

.....

.....

.....

1.3 ท่าน และองค์กร มีการถ่ายทอด หรือแลกเปลี่ยนข้อมูล/องค์ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ให้กับกลุ่มผู้รับบริการ/ผู้เข้าร่วมโครงการ องค์กรชุมชน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

2. การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วม/การดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

2.1 ท่าน และองค์กร ได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายโครงการ ชุมชนในการเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด (จึงเตรียม หรือไม่ได้เตรียม)

.....

.....

.....

2.2 ท่าน และองค์กร ได้มีการเตรียมความพร้อมในการบริการ และดำเนินโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในชุมชน หรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด (จึงเตรียม หรือไม่ได้เตรียม)

.....

.....

.....

3. การสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วม/การดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

3.1 ท่าน และองค์กรมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

3.2 ท่านมีการสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายโครงการ ชุมชนเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

4. ระบบการจัดการของชุมชน และองค์กรสุขภาพ/องค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง ในการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน

4.1 องค์กรของท่าน มีการจัดกิจกรรม/โครงการ/บริการ ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ให้กับกลุ่มผู้รับบริการ/ผู้เข้าร่วมโครงการ ชุมชนอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ เพราะอะไร (จึงต่อเนื่อง/ไม่ต่อเนื่อง) จัดมาเป็นระยะเวลากี่ปี ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

4.2 องค์กรของท่านมีการประสานงานกับหน่วยบริการหรือหน่วยงานอื่นๆ ในการจัดกิจกรรม/โครงการ/บริการ ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ให้กับกลุ่มผู้รับบริการ/ผู้เข้าร่วมโครงการ ในชุมชน หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

4.3 องค์กรของท่าน ได้รับการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจจากผู้นำในการดำเนินกิจกรรม/โครงการ/บริการในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดให้มีคุณภาพ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

4.4 องค์กรของท่าน มีการจัดการและเตรียมความพร้อมของทีมสุขภาพที่ดำเนินกิจกรรม/โครงการ/บริการ ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน หรือไม่ อย่างไร (จัดเตรียมในเรื่องใด เพราะเหตุใด)

.....

.....

.....

4.5 องค์กรของท่านมีการใช้ระบบฐานข้อมูลในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน หรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

4.6 องค์กรของท่านมีการสนับสนุนให้กลุ่มผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายโครงการมีการป้องกันหรือและจัดการตนเอง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด หรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (ชุดที่ 1)

สำหรับ ตัวแทนผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย

1. ท่านคิดว่าวิธีการ/กระบวนการใดที่สามารถทำให้ตัวท่านและกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มเสียงสัมผัส, ผู้ดื่ม, ผู้สูบ, ผู้เสพ) อยากเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี และต้องดำเนินการอย่างไร
2. ท่านคิดว่าตัวท่าน ทีมดูแลสุขภาพ และชุมชนจะอย่างไร ที่จะทำให้ท่านหรือผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมายมีการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน
3. ท่านคิดว่าวิธีการ/กระบวนการใดที่สามารถทำให้ชุมชน (ผู้นำชุมชนท้องถิ่น และท้องถิ่น ภาคเครือข่ายในชุมชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชนจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี
4. ท่านคิดว่าชุมชนควรมีการนำเอานโยบาย กฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกัน ที่เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ประเด็นใดมาปรับใช้เป็นนโยบายสาธารณะในชุมชน และควรดำเนินการอย่างไรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (ชุดที่ 3)

สำหรับ ตัวแทนภาคีเครือข่ายในชุมชน

1. ท่านคิดว่ามีวิธีการ/กระบวนการใดที่จะทำให้ตัวท่าน หรือแกนนำในชุมชนมีศักยภาพในการทำงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ให้ลดลงได้
2. ท่านคิดว่าวิธีการ/กระบวนการใดที่สามารถทำให้ชุมชน (ผู้นำชุมชนท้องถิ่น และท้องถิ่น ภาคเครือข่ายในชุมชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี
3. ท่านคิดว่าชุมชน (ผู้นำชุมชนท้องถิ่น และท้องถิ่น ภาคเครือข่ายในชุมชน) และองค์กรสุขภาพหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องมีการดำเนินงานเชื่อมโยงกันอย่างไร ถึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน
4. ท่านคิดว่าชุมชนควรมีการนำเอานโยบาย กฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกัน ที่เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ประเด็นใดมาปรับใช้เป็นนโยบายสาธารณะในชุมชน และควรดำเนินการอย่างไรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด
5. ท่านคิดว่าชุมชนควรมีการดำเนินการอย่างไรที่จะทำให้มีทรัพยากร (คน เงิน ของ) ร่วมในการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (ชุดที่ 3)

สำหรับ ตัวแทนทีมดูแลสุขภาพและภาคีเครือข่ายองค์กรดูแลสุขภาพ

1. ท่านคิดว่าการจัดระบบบริการ (ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ) อย่างไร ให้มีประสิทธิภาพ ในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี
2. ท่านคิดว่ามีวิธีการ/กระบวนการใดที่จะทำให้ตัวท่าน หรือทีมสุขภาพมีศักยภาพในการทำงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจาก สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน ให้ลดลงได้ และมีประสิทธิภาพมากที่สุด
2. ท่านคิดว่าชุมชน (ผู้นำชุมชนท้องถิ่น และท้องถิ่น ภาคเครือข่ายในชุมชน) และองค์กรสุขภาพหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องมีการดำเนินงานเชื่อมโยงกันอย่างไร ถึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน
3. ท่านคิดว่าชุมชนควรมีการนำเอานโยบาย กฎหมาย หรือข้อตกลงร่วมกัน ที่เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ประเด็นใดมาปรับใช้เป็นนโยบายสาธารณะในชุมชน และควรดำเนินการอย่างไรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด
4. ท่านคิดว่าองค์กรของท่านควรมีการดำเนินการอย่างไรที่จะทำให้มีทรัพยากร (คน เงิน ของ ระบบฐานข้อมูล) พร้อมในการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี

รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. มณฑา เก่งการพานิช
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.ทพ. วีรัตน์ เอื้องพุลสวัสดิ์
ผู้อำนวยการสำนักงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา

บทความวิจัยที่ส่งตีพิมพ์

สถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน
โดยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Situation of health risk management from alcohol, tobacco and
substance abuse in the community by using the conceptual framework of
innovative chronic care in Surat Thani province

เอกษา ลิมเวียงสิริวงศ์^{1*}, ซอพิยะห์ นิมา²

Akkasa Limvingsiriwong¹, Sawpheeyah Nima²

^{1*} นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันนโยบายสาธารณะ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โทร 084-6261398 E-mail : dr.book1133@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง ๆ จำนวน 5 ตำบล ของพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัด สุราษฎร์ธานี จำนวน 33 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า ผลการศึกษาพบว่า พื้นที่ทั้ง 5 ตำบล ไม่มีพื้นที่ใดที่มีการดำเนินกิจกรรมจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ได้ครบทุกองค์ประกอบตามกรอบแนวคิด เมื่อแบ่งเป็น 3 ระดับ พบว่า ระดับเล็ก องค์ประกอบที่ทุกพื้นที่ไม่ได้ดำเนินการ คือ การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมของตัวกลุ่มเป้าหมาย ระดับกลาง องค์ประกอบที่หลายพื้นที่ไม่ได้ดำเนินการ คือ การสนับสนุนและสร้างแรงผ่านผู้นำขององค์กรดูแลสุขภาพ และระดับใหญ่ องค์ประกอบที่หลายพื้นที่ไม่ได้ดำเนินการ คือ การสนับสนุนกรอบกฎหมาย และการสร้างความร่วมมือ โดยมีสององค์ประกอบที่ทุกพื้นที่สามารถดำเนินการได้ คือ การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำ และการส่งเสริมจัดหาเงินทุน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวมาสู่การพัฒนา และสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยง ๆ ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้ชุมชนนำไปประยุกต์ใช้

คำสำคัญ

การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด , แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง, องค์ประกอบ

Abstract

This study is descriptive research. The objective is to study the situation of managing health risk factors from alcohol, tobacco and substance abuse in the community according to the conceptual framework of innovation chronic care. The research type is descriptive research. The population used in the study is those involved in the management of risk factors in the community 5 sub-district of Ban Na San District, Surat Thani province 33 people. by purposive sampling selection. The instrument used in the study was a semi-structured interview. Data were collected using face to face interview. The results showed that. There are no areas in all 5 sub-districts that have risk management activities carried out. Complete all the components according to the conceptual framework. When divided into 3 levels, found that. Micro levels, Configuration that every area does not carry out are the preparation for participation in the activities of the target group. Meso level, A component that many areas do not implement is support and empowerment through the leadership of health care organizations. And macro levels, The component that many areas do not operate is the support of the legal framework. And building cooperation There are two components that every area can do, namely the promotion and support of leaders. And promoting financing. The results of this study can bring information about the said situation to the development. And create risk management model based on the concept of innovative chronic care management. To be a policy proposal for the community to apply.

Keywords

Management of health risk factors from alcohol, tobacco and substance abuse, Innovative Care for Chronic Conditions Framework, Configuration

บทนำ

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health risk factors) เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมทำให้อุบัติการณ์ของโรคติดต่อมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCDs) และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ กลายเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ (Wuttivongchai, 2017) โดยในปี พ.ศ. 2555 พบว่าประชากรโลก เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ร้อยละ 68.00 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดและมากกว่า 16 ล้านคนเป็นผู้ที่ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Kanchanaphibunwong, 2015) ซึ่งพฤติกรรมบริโภคสุรา และยาสูบ ถือเป็นสอง ปัจจัยหลักที่องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญส่งผลให้เกิดโรค NCDs โดยมีการประมาณการณ์ผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.00

(Kasemsap, Ngam-arun, Suriyawongphaisan & Prakongsai, 2013) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคสุรา และการใช้สารเสพติด ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ในปี 2558 พบว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนบ่อยครั้งมาจากพฤติกรรมการขับขี่รถยนต์ยานพาหนะในขณะที่มีอาการมึนเมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด (Institute for Population and Social Research Mahidol University, 2017) จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของคนไทย ในการสำรวจปี 2558 พบว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.90 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.90 โดยในภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด ร้อยละ 24.80 (Phitthayarangsarit, Chotbenjamaphon & Pankrajang, 2016) และในส่วนของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2557 พบว่า มีผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.29 โดยมีแนวโน้มการดื่มที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2556 และยิ่งพบอีกว่าอายุเฉลี่ยของการดื่มครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันลดลงอยู่ที่ 20.52 ปี โดยอายุดอนเริ่มดื่มที่ต่ำสุดคือ 6 ปี (Lekfueangfu, Thanpanit, Thacharoen, Wongwaisiriwat & Witworaphong, 2016) การป้องกันและควบคุมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะในเรื่องการบริโภคยาสูบ และสุราของประเทศไทยถือว่าจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ 2 ยุทธศาสตร์ คือ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2558-2562 แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 (Kanchanaphibunwong, 2015) แต่วิกฤตปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพดังกล่าวในประเทศไทยก็ยังคงมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนได้ว่ามาตรการและการดำเนินการต่างๆ ที่ดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันที่ผ่านมาไม่อาจตอบสนองต่อปัญหาวิกฤตปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพดังกล่าวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบต่างๆ ที่นำมาประยุกต์เพื่อจัดการควบคุมป้องกันสุราและยาสูบนั้น มีการจัดการทั้งในระดับนโยบาย องค์กร ภาครัฐ ชุมชน แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ และเอกชน ซึ่งการจัดการปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนนั้น ควรมีการประสานงานเชื่อมโยงกันระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรภาครัฐ เอกชน ซึ่งเป็นสิ่งที่องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนให้มีการจัดการโดยให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกัน (Kanchanaphibunwong, 2015) กรอบแนวความคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (The Innovative Care for Chronic Conditions: ICC Framework) เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพ ที่ผสมผสานส่วนประกอบพื้นฐานของระบบการดูแลสุขภาพ จากระดับจุลภาค ระดับกลาง และระดับใหญ่ โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าเป็นรูปแบบที่สามารถใช้ได้ดีทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา และยิ่งพบว่ามียุทธศาสตร์ที่มีการนำเอากรอบแนวความคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังไปประยุกต์ใช้การดำเนินงาน ซึ่งได้ผลดีหรือทิศทางแนวโน้มดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง (R.Nuno et al., 2012) โดยในประเทศไทยมีการนำเอาแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผลลัพธ์สามารถทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น (Chartkitanan, 2014) และยังมีการนำมาใช้ใน

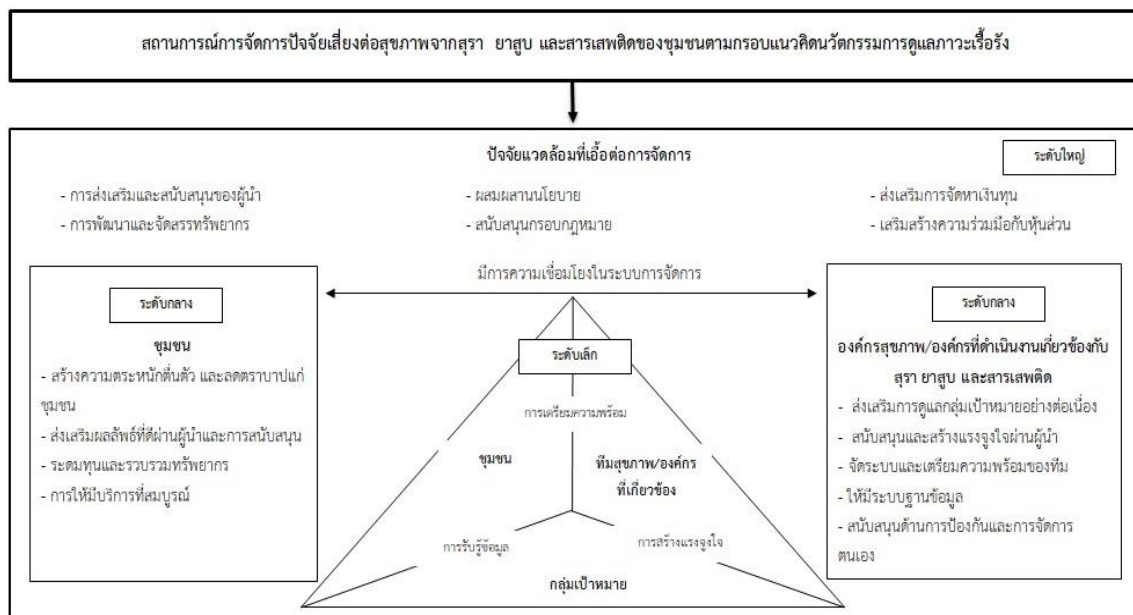
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้พิการก็ทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีทั้งต่อผู้พิการ ผู้ดูแลครอบครัว ภาครัฐส่วนจิตอาสาที่ดูแลผู้พิการ ที่มีสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Sansern, Timsuwan & Lawang, 2013) แต่ยังไม่ปรากฏพบผลงานวิจัยที่นำเอากรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำเอากรอบแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดของชุมชน โดยศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดของชุมชน ในพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่กรณีศึกษา เนื่องจากอำเภอบ้านนาสารเป็นพื้นที่นำร่องในการทำโครงการพัฒนาศักยภาพกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ของเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งพื้นที่ได้มีการกำหนดเป็นประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของการขับเคลื่อนงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ปี 2561-2562 ประกอบกับเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการบริโภคยาสูบสูงที่สุดของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 15.68 จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ (HDC, 2018)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำเอากรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง มาเป็นแนวคิดในการศึกษา ซึ่งองค์ประกอบแนวคิดดังกล่าว ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ (1) ระดับเล็ก (micro level) เป็นการศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์การจัดการปัจจัยเสี่ยง ๆ ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน คือ กลุ่มเป้าหมาย ภาศิเครือข่ายในชุมชน และทีมดูแลสุขภาพ ในการร่วมมือกันในการทำหน้าที่ รับรู้และถ่ายทอดข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ (2) ระดับกลาง (meso level) เป็นการศึกษากระบวนการจัดการ 2 ส่วน คือ การบริหารจัดการภายในหน่วยงานขององค์กรดูแลสุขภาพ และส่วนของชุมชน ในการเชื่อมโยงการทำงาน และการจัดการปัญหาแก่กลุ่มเป้าหมายตามบทบาทหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย(3) ระดับใหญ่ (macro level) เป็นการศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยง ๆ ในชุมชน เกี่ยวข้องกับนโยบาย งบประมาณ กรอบกฎหมาย ภาวะผู้นำ ภาศิเครือข่าย และทรัพยากรบุคคล (World Organization, 2002) รายละเอียดดังรูปที่ 1



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในชุมชน เขตพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5 ตำบล ที่มีการดำเนินงานโครงการลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561-2562 ได้แก่ ตำบลพรุพิ ตำบลคลองปราบ ตำบลท่าชี ตำบลน้ำพุ และตำบลควนสุบรรณ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 33 คน โดยแบ่งประชากรเป็น 3 กลุ่มตามองค์ประกอบแนวคิด นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

(1) กลุ่มเป้าหมาย คือ ตัวแทนผู้รับบริการ/ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ อย่างต่อเนื่อง จำนวน 10 คน

(2) เครือข่ายในชุมชน จำนวน 16 คน ได้แก่ นายกเทศบาล/อบต. หรือผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการปัจจัยลดเสี่ยง ฯ ของกองทุนสุขภาพตำบล, กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/หรือผู้ช่วยฯ, อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้อง, ตัวแทนผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานของโครงการปัจจัยลดเสี่ยงฯ

(3) เครือข่ายองค์กรดูแลสุขภาพ จำนวน 7 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 5 ตำบล

สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีการสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ปราศจากการอคติ หรือบังคับ และชี้แจงเงื่อนไขรายละเอียดของการวิจัยทั้งหมดให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ พร้อมทั้งให้เขียนใบแสดงความยินยอมในการเข้า

ร่วมวิจัย และในส่วนของเกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากกรร่วมวิจัยได้ทุกเวลา หากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่พอใจ หรือรู้สึกเสี่ยงจากการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured) ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและให้คะแนนแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ทั้ง 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มเป้าหมาย มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.83 ชุดที่ 2 สำหรับเครือข่ายในชุมชน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 และชุดที่ 3 สำหรับเครือข่ายองค์กรดูแลสุขภาพ ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นมีการนำเอาเครื่องมือไปทดลองใช้ในพื้นที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา และปรับลักษณะข้อคำถามให้เข้าใจง่ายมากขึ้น

การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2562 ด้วยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face to face interview) แล้วจดคำตอบของผู้ให้ข้อมูลบันทึกลงในแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง พร้อมบันทึกเสียง แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมารวบรวมบันทึกเป็นรายงาน หลังจากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ในการอธิบายบรรยายและสรุปผลการวิจัย และส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยนำข้อมูลที่ได้อาจจัดระเบียบ แล้วจึงวิเคราะห์โดยจัดเป็นหมวดหมู่ตามกรอบแนวคิด

จริยธรรมวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันนโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 002/62

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 33 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม มีผลการศึกษาดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 สถานภาพในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นผู้สมรส ร้อยละ 60.00 และเป็นทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่ม ร้อยละ 40.00 ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ส่วนใหญ่ 1-2 ปี ร้อยละ 70.00

กลุ่มที่ 2 เครือข่ายในชุมชน จำนวน 16 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี และ 50-59 ปี ร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 37.50 และเป็นผู้นำชุมชน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยฯ) ร้อยละ 31.25 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.75 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดในชุมชน อยู่ระหว่าง 0-3 ปี ร้อยละ 37.50

กลุ่มที่ 3 องค์กรดูแลสุขภาพ จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 42.85 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 42.85 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี

85.72 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดในชุมชน มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 57.14

ข้อมูลสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ สารเสพติดของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง โดยการแบ่งผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ระดับเล็ก

- กลุ่มเป้าหมาย พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยง ฯ การจัดการกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ต่าง ๆ ในชุมชน และวิถีลด ละ เลิก ร้อยละ 90.00 จากการสังเกตด้วยตนเองในชุมชน จากการบอกเล่าของ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และร้อยละ 60.00 ยังไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ทีมชุมชน หรือทีมดูแลสุขภาพรับทราบถึงความต้องการ และความคาดหวังในการรับบริการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ส่วนของการเตรียมความพร้อม ร้อยละ 60.00 ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมของตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชน หรือทีมดูแลสุขภาพได้จัดขึ้น แต่ส่วนใหญ่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม จากชุมชน หรือทีมสุขภาพ ร้อยละ 60.00 โดยการชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรม ชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมที่จัดให้ทราบล่วงหน้า และติดตามให้เข้าร่วมกิจกรรม จาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน และในส่วนของ การสร้างแรงจูงใจทุกคนมีการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยการอยากมีสุขภาพที่ดี อยากเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับครอบครัว และชุมชน โดยได้รับการสร้างแรงจูงใจจากทีมชุมชน หรือทีมดูแลสุขภาพ ด้วยการให้กำลังใจคอยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และยกย่องให้ผู้อื่นทราบในเวทีประชุมหมู่บ้าน

- กลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า ทุกคนมีการรับรู้สถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยง ฯ จากการสังเกตด้วยตนเองในชุมชน การแจ้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ ในเวทีประชุมต่างๆ โดยมีการรับรู้ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการเกี่ยวกับจัดการปัจจัยเสี่ยงในส่วนของโทษ พิษภัย ผลกระทบ และวิถีลด ละเลิก แต่จะรับรู้เฉพาะเรื่องยาสูบเป็นส่วนใหญ่ แต่ในส่วนของสุรา และสารเสพติด ได้รับรู้ค่อนข้างน้อย โดยส่วนใหญ่มีการนำข้อมูลที่รับรู้ไปแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ ร้อยละ 87.50 ในเวทีประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน ในการเตรียมความพร้อม ส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมของตนเองในการจัดการกิจกรรม ร้อยละ 62.50 โดยการประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย มีการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในชุมชน และข้อมูลองค์ความรู้ที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรม นอกจากนี้แล้วกลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 68.75 ด้วยการประชาสัมพันธ์กิจกรรมที่จัดให้ทราบ และในการสร้างแรงจูงใจ ส่วนใหญ่มีการสร้างแรงจูงใจตนเองในการดำเนินการกิจกรรม ร้อยละ 68.75 ด้วยการสร้างแรงบันดาลใจให้กับตัวเองว่า “อยากเห็นประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี” และมีการสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 68.75 ด้วยการพูดถึงโทษ พิษภัย ผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีการมอบรางวัลยกย่องเชิดชูผู้ที่สามารถเลิกได้

- กลุ่มทีมดูแลสุขภาพ พบว่า ทุกคนมีการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ผู้ดื่ม ผู้สูบ ผู้เสพ ของปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 อย่าง จากผู้นำชุมชน อสม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ฝ่ายปกครอง

อำเภอ และระบบฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ในส่วนของการรับรู้องค์ความรู้วิชาการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงเรื่องของโทษ พิษภัย ผลกระทบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกสุรา ยาสูบ และกระบวนการบำบัดผู้เสพสารเสพติด ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานจากการอบรม หรือประชุมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอจัดขึ้น ซึ่งมีการจัดประชุมหรืออบรมปีละ 1-2 ครั้ง และจากสื่อสิ่งพิมพ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในมุมมองของทีมดูแลสุขภาพคิดว่าองค์ความรู้วิชาการที่ได้รับยังคงค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ ในด้านการเตรียมความพร้อม ทีมดูแลสุขภาพทุกคนมีการเตรียมความพร้อมให้กับทีมงานหรือองค์กรในการจัดกิจกรรม โดยการประชุมหารือวางแผนการทำงานในทีมทำงาน และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมแผนการสอนให้ความรู้ ศึกษาบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม และมีการเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มเป้าหมายด้วยการประชาสัมพันธ์กิจกรรมที่จัดให้ทราบ จัดทำหนังสือเชิญพร้อมแจ้งรายละเอียดให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบ และในส่วนของ การสร้างแรงจูงใจ ทีมดูแลสุขภาพทุกคนมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานของตนเองหรือทีม ด้วยการสร้างแรงบันดาลใจให้กับตัวเองที่อยากจะเห็น “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี” “อยากให้ปัญหาเหล่านี้ลดลง” “อยากให้งานที่ทำสำเร็จเป็นรางวัลของชีวิต” โดยในส่วนใหญ่มีการสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 85.71 ด้วยการมอบรางวัลยกย่องเชิดชูผู้ที่สามารถเลิกได้ นำบุคคลที่สามารถเลิกได้มาถ่ายทอดประสบการณ์บอกถึงข้อดีหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากเลิกได้

ระดับกลาง

การบริหารจัดการภายในองค์กรดูแลสุขภาพ ได้แก่

- การส่งเสริมดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง พบว่า ทีมดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 71.43 ด้วยการประชุมพูดคุยการดำเนินงานทุกเดือน เอาประเด็นปัจจัยเสี่ยงไปสอดแทรกในการดำเนินกิจกรรมงานอื่น ๆ สร้างแกนนำและภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็ง แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องเพราะขาดงบประมาณสนับสนุน

- การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ พบว่า ทีมดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจจากผู้นำองค์กร มีเพียงร้อยละ 28.57 ที่ได้รับการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจจากผู้นำองค์กร ด้วยได้รับคำตอบแทนจากการเป็นวิทยากรในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้การสนับสนุนการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน

- การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม พบว่า ทีมดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่มีการจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม ร้อยละ 71.43 ด้วยการประชุมวางแผนในการทำงานของทีม เตรียมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับบริการทั้งในเชิงรับ และเชิงรุก และเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องกำลังคนในการดำเนินงาน

- การสนับสนุนการป้องกัน และการจัดการตนเอง พบว่า ทีมดูแลสุขภาพทุกคนมีการสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายมีการป้องกันและจัดการตนเอง ด้วยการสร้างความตระหนักให้ทราบถึงโทษ พิษภัย และ

ผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยง ฯ และเสริมสร้างความรู้ในวิธี ลด ละ เลิก สร้างบุคคลต้นแบบ และสนับสนุนให้ชุมชนสร้างมาตรการชุมชนในการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยง ฯ

- การมีระบบฐานข้อมูล พบว่า ทีมดูแลสุขภาพทุกหน่วยงาน มีระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และเสพสารเสพติดในหน่วยบริการ โดยมีโปรแกรมระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ (JHCIS) ระบบรายงานข้อมูล HDC ระบบรายงานในเว็บไซต์โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่เทิดไท้องค์ราชันย์ และมีการรวบรวมข้อมูลในรูปแบบรายงานเอกสารจากฝ่ายปกครองอำเภอบ้านนาสาร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี นอกจากนี้การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มสุราก็ อสม. โดยข้อมูลในระบบฐานข้อมูลทีมสุขภาพได้นำเอาข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา นำไปสู่การคืนข้อมูลแก่ชุมชน และจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ไข

การบริหารจัดการภายในชุมชน ได้แก่

- การสร้างความตระหนัก ตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชน พบว่า ภาคิเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ มีการสร้างความตระหนัก ตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชน ร้อยละ 81.25 โดยผู้นำชุมชนร่วมการรณรงค์ให้ประชาชนมีการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยง ผ่านเวทีประชุมประจำเดือน งานวัด และสนับสนุนให้มีการจัดทำกิจกรรมหรือโครงการลดปัจจัยเสี่ยงฯ

- ส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุน พบว่า ภาคิเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชน ร้อยละ 68.75 ด้วยการที่ผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบที่ดีในการลด ละ เลิก ไม่ยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงฯ และช่วยประชาสัมพันธ์รณรงค์ชักชวนให้ลูกบ้านเข้าร่วมกิจกรรม และในส่วนของนายกเทศบาล/อบต. จะให้ความสำคัญในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง ในชุมชนโดยการสนับสนุนงบประมาณ และอนุมัติแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ

- การระดมและการรวบรวมทรัพยากร พบว่า ภาคิเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีการการระดมทุนและทรัพยากรในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชน ร้อยละ 62.50 ด้วยการเขียนของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีการผลักดันแผนงาน/โครงการเข้าข้อบัญญัติเพื่อของบประมาณปกติของ เทศบาล/อบต. ในการดำเนินงาน มีการของบประมาณสนับสนุนจากภาคเอกชน ผู้ประกอบการเหมืองแร่ในพื้นที่ บ้านพักเด็กและเยาวชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีการระดมเงินบริจาคในชุมชนเข้ากองทุนแม่ของแผ่นดินสำหรับดำเนินกิจกรรม/โครงการลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชน

- การให้บริการที่สมบูรณ์ พบว่า ภาคิเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในชุมชน ร้อยละ 75.00 ด้วยการเตรียมกำลังคนโดยเฉพาะผู้นำชุมชน มีการจัดหางบประมาณในการดำเนินงาน และเพิ่มองค์ความรู้ในการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชน

ระดับใหญ่

- การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดเห็นว่า ผู้นำในชุมชนมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ร้อยละ 96.97 ด้วยการที่ผู้นำชุมชนมีการให้ความสำคัญ

ในการจัดการปัญหาที่มีการพูดคุยถึงสถานการณ์ในเวทีประชุมประจำเดือนหมู่บ้าน ช่วยประชาสัมพันธ์รณรงค์ ชักชวนให้ลูกบ้านเข้าร่วมกิจกรรมลด ละ เลิก ไม้ยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ฯ และเป็นตัวอย่างที่ดี ในส่วนของนายก เทศบาล/อบต.จะให้ความสำคัญในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชนโดยการสนับสนุนงบประมาณ อนุมัติโครงการที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ และเข้าร่วมกิจกรรม

- การผสมผสานนโยบาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดเห็นว่า ชุมชนยังไม่มี การผสมผสานนโยบาย หรือประยุกต์นโยบายมาปรับใช้ในพื้นที่อย่างจริงจัง ร้อยละ 51.52 ในส่วนที่มีการนำนโยบายมาประยุกต์ ปรับใช้ในพื้นที่ เช่น การนำนโยบายการสร้างหมู่บ้านสีขาวปลอดยาเสพติด หมู่บ้านศีล 5 ปลอดอบายมุข ชุมชน ปลอดเหล้า บุหรี่ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. และตำบลจัดการสุขภาพ

- การส่งเสริมการจัดหาเงินทุน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลคิดเห็นว่า ชุมชนมีการส่งเสริมให้มีการจัดหา เงินทุนในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ร้อยละ 72.73 ด้วยการชุมชนสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายใน ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ เสนอโครงการของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ผู้ประกอบการเหมือนแร่ในพื้นที่ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ และกองทุนแม่ของแผ่นดินในการดำเนิน กิจกรรม/โครงการลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชน

- การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดเห็นว่า ชุมชนมีการพัฒนาและจัด สรรทรัพยากรในดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ร้อยละ 69.70 โดยมีการขยายพื้นที่ในการดำเนินการ มีการบูรณา การงานหลายภาคส่วนเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่การจัดสรรทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานปัจจัยเสี่ยง ฯ โดยเฉพาะ และ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรยังคงมีการดำเนินการน้อย

- การสนับสนุนกรอบกฎหมาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดเห็นว่า ชุมชนยังไม่มี การนำเอากรอบ กฎหมายหรือมาตรการทางสังคมเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ มาบังคับใช้อย่างจริงจัง ร้อยละ 51.52 ใน ส่วนชุมชนมีการนำเอากรอบกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ มาบังคับใช้ เช่น การใช้ธรรมนูญพืช กระท่อมในพื้นที่ตำบลน้ำพุ การควบคุมการจำหน่ายสุรา ยาสูบตาม พ.ร.บ. การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ และมีการสร้างมาตรการทางสังคม เช่น การห้ามจำหน่ายสุรา หรือดื่มสุราในวัด หากครอบครัวใดมีการยุ่ง เกี่ยวกับยาเสพติดจะไม่ได้รับสวัสดิการหรือการช่วยเหลือจากชุมชน

- การเสริมสร้างความร่วมมือ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดว่าชุมชนการเสริมสร้างความร่วมมือในการ จัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ร้อยละ 81.81 โดยเมื่อมีกิจกรรม/โครงการในชุมชนจะมีการร่วมกิจกรรมกันหลายภาค ส่วน ทั้ง ผู้นำชุมชน อบต./เทศบาล รพ.สต. โรงเรียน วัด และหน่วยในระดับอำเภอที่มีการสนับสนุนการจัด กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ในชุมชน

ซึ่งเมื่อนำข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล มาสรุปผลการดำเนินงานการจัดการปัจจัยเสี่ยง ฯ ที่มีการดำเนินงาน ของพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล แล้ววิเคราะห์จัดหมวดหมู่กิจกรรมตามองค์ประกอบรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะ เรื้อรัง แยกเป็นพื้นที่รายตำบล พบว่า ไม่มีตำบลใดที่มีการดำเนินกิจกรรมได้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ และเมื่อ พิจารณาแบ่งเป็น 3 ระดับ พบว่า ระดับเล็ก องค์ประกอบที่ทุกพื้นที่ไม่ได้ดำเนินการ คือ การเตรียมความพร้อม ในการเข้าร่วมกิจกรรมของตัวกลุ่มเป้าหมาย ระดับกลาง องค์ประกอบที่หลายพื้นที่ไม่ได้ดำเนินการ คือ การ

สนับสนุนและสร้างแรงผ่านภาวะผู้นำขององค์กรดูแลสุขภาพ และระดับใหญ่ องค์กรประกอบที่หลายพื้นที่ไม่ได้ดำเนินการ คือ การสนับสนุนกรอบกฎหมาย และการสร้างความร่วมมือ แต่มีสององค์กรประกอบที่ทุกพื้นที่สามารถดำเนินการได้ คือ การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำ และการส่งเสริมจัดหาเงินทุน รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสถานการณ์การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของชุมชน ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง จำแนกตามพื้นที่ตำบล

กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิด นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	การดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ของพื้นที่ศึกษา				
	พรุพี	ควนสุบรรณ	ท่าชี	น้ำพุ	คลองปราบ
ระดับเล็ก					
- การรับรู้ข้อมูล					
กลุ่มเป้าหมาย	○	○	○	/	○
ทีมดูแลสุขภาพ	/	/	/	/	/
ทีมภาคีเครือข่ายชุมชน	○	/	/	/	/
- การเตรียมความพร้อม					
กลุ่มเป้าหมาย	X	X	X	X	X
ทีมดูแลสุขภาพ	/	/	/	X	X
ทีมภาคีเครือข่ายชุมชน	/	/	/	/	/
- การสร้างแรงจูงใจ					
กลุ่มเป้าหมาย	/	/	/	/	/
ทีมดูแลสุขภาพ	/	/	/	/	X
ทีมภาคีเครือข่ายชุมชน	/	/	/	/	/
ระดับกลาง					
- องค์กร/ทีมดูแลสุขภาพ					
การส่งเสริมดูแลอย่างต่อเนื่อง	/	/	X	/	/
การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ	/	X	X	/	X
การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีม	○	/	/	/	/
การสนับสนุนการป้องกันและการจัดการตนเอง	/	/	/	/	/
การมีระบบฐานข้อมูล	/	/	/	/	/
- ภาคีเครือข่ายชุมชน					
การสร้างความตระหนัก ตื่นตัว ให้แก่ชุมชน	/	/	/	/	/
การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุน	○	/	/	/	/
การระดมและการรวบรวมทรัพยากร	○	X	/	/	/
การให้มีบริการที่สมบูรณ์	○	/	/	/	/

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมตามองค์ประกอบกรอบแนวคิด นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	การดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ฯ ของพื้นที่ศึกษา				
	พรุที	ควนสุบรรณ	ท่าชี	น้ำพุ	คลองปราบ
ระดับใหญ่					
การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำ	○	/	/	/	/
การผสมผสานนโยบาย	○	○	○	○	○
การส่งเสริมการจัดหาเงินทุน	/	/	○	/	/
การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากร	○	/	X	/	○
การสนับสนุนกรอบกฎหมาย	○	X	○	/	○
การสร้างเสริมความร่วมมือ	○	/	X	/	○

หมายเหตุ / หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมครบตามองค์ประกอบในประเด็น
 X หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าชุมชนยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบในประเด็น
 ○ หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าชุมชนมีดำเนินกิจกรรมแต่ยังไม่ครบตามองค์ประกอบในประเด็น

อภิปรายผล

ระดับเล็ก

- กลุ่มเป้าหมาย มีการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยง กิจกรรมที่จัดให้ชุมชน และวิธีการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยง ทำให้เกิดแรงจูงใจในเข้าร่วมกิจกรรม ลด ละเลิกจากปัจจัยเสี่ยงเพื่ออยากมีสุขภาพที่ดี ประกอบกับการได้รับแรงจูงใจจากชุมชน และทีมสุขภาพ อาจทำให้ผู้กลุ่มเป้าหมายมีความตั้งใจในการลด ละ เลิก เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kijprasert, Suntayakorn, Noohson & Pachanban (2011) ที่พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมต่างๆ สามารถช่วยให้ผู้ป่วย มีความตั้งใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น แต่ควรมีทีมชุมชน และทีมสุขภาพต้องมีการสร้างความตระหนักให้แก่กลุ่มเป้าหมายในการเตรียมความพร้อมของตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้น

- ทีมดูแลสุขภาพ มีการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของปัจจัยเสี่ยง และองค์ความรู้วิชาการในการจัดการปัจจัยเสี่ยง และมีการสร้างแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมกลุ่มเป้าหมายโดยการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และมีการเตรียมความพร้อมให้กับทีมงานในการจัดกิจกรรม โดยการประชุมหารือวางแผนการทำงานในทีมงาน และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานกิจกรรมมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Luecha, Benjawattananon, Pasee & Rukmanee (2011) ที่พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวมที่มีการเตรียมความพร้อมที่ดี และมีส่วนร่วมจากชุมชนช่วยให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ต่อเนื่องและยั่งยืน แต่ก็ควรมีการสนับสนุนองค์ความรู้วิชาการในการดำเนินงานให้กับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเพียงพอ

- ภาคิเครือข่ายชุมชน มีการรับรู้ข้อมูลองค์ความรู้วิชาการเกี่ยวกับจัดการปัจจัยเสี่ยงในส่วนของโทษ พิษภัย ผลกระทบ และวิถีลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงยังไม่ชัดเจนทั้ง 3 ประเด็น โดยเฉพาะสุรา และสารเสพติด อาจทำให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinyo & Limtrakoon (2014) ที่พบว่า อสม.ไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง จึงควรมี การอบรมให้ความรู้เสริมสร้างองค์ความรู้ในประเด็นดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ทีมภาคิเครือข่ายชุมชนให้ความ ร่วมมือและเข้ามามีส่วนร่วมการจัดการลดปัจจัยเสี่ยง ๆ ในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระดับกลาง

- องค์กรดูแลสุขภาพ มีการส่งเสริมดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยการประชุมพูดคุย การ ดำเนินงานทุกเดือน เอาประเด็นปัจจัยเสี่ยงไปสอดแทรกในการดำเนินกิจกรรมงานอื่นๆ ด้วย รวมทั้งมี การจัดระบบและเตรียมความพร้อมของทีมด้วยการประชุมวางแผนในการทำงานของทีม เตรียมข้อมูล กลุ่มเป้าหมาย จัดทำแผนงาน/โครงการรองรับบริการทั้งในเชิงรับ และเชิงรุก แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนและ สร้างแรงจูงใจจากผู้นำองค์กรค่อนข้างน้อย แต่ด้วยการสร้างแรงบันดาลใจของตัวเองที่อยากเห็นผลลัพธ์ที่ดี ของงาน คุณภาพชีวิตของประชาชน จึงคงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaiyakulwathana & Chanthamut (2012) ที่พบว่าแรงจูงใจโดยรวมในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อยู่ในระดับสูง ถึงแม้ว่าด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน และ โอกาสความก้าวหน้าของงานจะอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่น ในส่วนของการสนับสนุนการป้องกันและการ จัดการตนเองมีการสร้างความตระหนักให้ทราบถึงโทษ พิษภัย และผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงๆ และ เสริมสร้างความรู้ในวิธี ลด ละ เลิก สร้างบุคคลต้นแบบ และสนับสนุนให้ชุมชนสร้างมาตรการชุมชนในการลด ละ เลิก จากปัจจัยเสี่ยง ๆ และมีการใช้ระบบฐานข้อมูล โปรแกรม JHCIS, ระบบรายงานข้อมูล HDC, เว็บไซต์ และข้อมูลจากสำรวจข้อมูลในวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา นำไปสู่การคืนข้อมูลแก่ชุมชน และจัดทำ แผนงานโครงการในการแก้ไข นำไปสู่เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี (Petchrourng, Priyatrak, Thongkeang, 2013)

- ภาคิเครือข่ายชุมชน มีการสร้างความตระหนัก ตื่นตัว โดยผู้นำชุมชนร่วมการณรงค์ให้ประชาชน มีการลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยง ๆ ผ่านเวทีประชุมประจำเดือน งานวัด และสนับสนุนให้มีการจัดทำ กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ๆ เป็นต้นแบบที่ดี มีการระดมทุนและทรัพยากรในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ๆ ในชุมชน ด้วยการให้มีการของบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม สำหรับ ดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ๆ ในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดีในชุมชน

ระดับใหญ่

การส่งเสริมและการสนับสนุนของผู้นำในชุมชนมีการให้ความสำคัญในการจัดการปัญหา มีการ พูดคุยถึงสถานการณ์ในเวทีประชุมประจำเดือนหมู่บ้าน แต่ยังคงขาดการผสมผสานนโยบายหรือประยุกต์ นโยบายมาปรับใช้ในพื้นที่อย่างจริงจังยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ร่วมกันในระหว่างตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหากทุกหน่วยงานมีการร่วมมือการขับเคลื่อน และ

ผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานอย่างชัดเจนจากสมาชิกในชุมชน จะทำให้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงได้ (Uthai-phatthanacheep, Khumtong, Ampairit, Ranoi & Jirasatsunthorn, 2013.) ในส่วนของการส่งเสริมการจัดการเงินทุน ชุมชนมีการสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน และหน่วยงานต่างๆ เสนอแผนงาน/โครงการของงบประมาณสนับสนุน โดยเฉพาะจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ได้รับการจัดสรรให้อย่างต่อเนื่องทุกปี และทุกพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานยังคงมีการดำเนินการน้อย ควรมีการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องทุกปี และในส่วนการสนับสนุนกรอบกฎหมาย ชุมชนมีการนำเอากรอบกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง มาบังคับใช้จริงจึงค่อนข้างน้อยไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ควรมีการขยายผลในชุมชนมีการนำเอากฎหมายเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง มาบังคับใช้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการสร้างมาตรการทางสังคมโดยสมาชิกในชุมชนเป็นผู้กำหนดขึ้น เช่น การห้ามจำหน่ายสุรา หรือดื่มสุราในวัด หากครอบครัวใดมีการยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด จะไม่ได้รับสวัสดิการหรือการช่วยเหลือจากชุมชน ซึ่งสามารถสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suriyathai, Wongsit, Pankaew & Wongsukpisa (2011) ที่พบว่า การกำหนดข้อนโยบายในชุมชนห้ามมิให้สูบบุหรี่ในงานเลี้ยง งานบุญ ให้ร้านค้างดจำหน่ายบุหรี่ ทำให้สมาชิกในชุมชนสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การจัดการปัจจัยเสี่ยง ของชุมชนว่ามีการดำเนินการกิจกรรมเป็นอย่างไร และเมื่อนำมาวิเคราะห์ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง จะทราบถึงจุดเด่น และส่วนที่ขาด ซึ่งสามารถนำเอาผลการศึกษาดังกล่าวไปสู่กระบวนการพัฒนาสร้างรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยง ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้ชุมชนนำไปประยุกต์ใช้ลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการแยกประเด็นในศึกษาของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้ง 3 ประเด็น (สุรา, ยาสูบ, สารเสพติด) เนื่องจากแต่ละประเด็นมีรายละเอียดในการจัดการแตกต่างกันไป
2. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มของผู้เสพสารเสพติด เนื่องจากบุคคลกลุ่มดังกล่าวไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรดังกล่าวด้วย

บรรณานุกรม

Chaiyakulwathana, A., Chanthamut, C. (2012). A study of job motivation of staff nurses Internal Medicine Department Sappasitthiprasong Hospital Ubon Ratchathani. *Journal of Public Health Nursing*. 26 (3): 51-68

- Chartkit-anan, A. (2014) The results of the application of a conceptual framework to manage chronic conditions of the diabetes group. *Journal of Nursing* 28 (3): 112-127.
- HCD. (2018). Screening and treatment for cigarette addicts. Ministry of Public Health. Retrieved 6, 2018 from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=06b9ffbd9fa83f29fef3a7e7ba8119d6&id=0197da9aa711d6da186253f526d9e2a0
- Institute for Population and Social Research Mahidol University. (2017) Thai Health 2017. Nakhon Pathom: Amarin Printing and Publishing Company Limited.
- Kanchanaphibunwong, A. (2015). NCDs situation report no. 2 Kick off to the goals. Nonthaburi: Office of International Health Policy Development..
- Kasemsap, W., Ngam-arun, W., Suriyawongphaisan, W., Prakongsai, P. (2013). Project to analyze job unemployment, research on disease prevention and control Chronic contact. Office of International Health Policy Development
- Kijprasert, A., Suntayakorn, C., Noohson N., Pachanban, P. (2011). Effects of Program to Reduce Cerebrovascular Risk among Relatives. *Journal of Nursing and Health*. 5 (3): 29-38. Lekfueangfu, N., Thanpanit, N., Thacharoen, K., Wongwaisiriwat S.,
- Witworaphong, N. (2016). The truth of the situation, 2015 alcohol consumption report in thai society. Alcohol research center Faculty of Economics Chulalongkorn University. Bangkok: Duenthula Printing
- Luecha, W., Benjawattananon, S., Pasee, K., Rukmanee, P. (2011). Development of a diabetes care system Chaiyaphum Hospital. *Journal of Nursing Division*. 38 (1): 31-41.
- Nuno, R. et al. 2012. *Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICC Framework*. *Health Policy* 2012 (105): 55-64.
- Petchroung, N., Priyatruk, P., Thongkeang, V. (2013) The Study of Continuing Care for Patients with Cerebrovascular Disease in Primary Care Unit. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 14 (1): 25-34.
- Phinyo, P., Limtrakool, P. (2014) The Health Care Situations of the Patients with Stroke in Ban Pet Sub-District, Muang District, Khon Kaen. *Journal of Nursing and Health Care*. 32 (4): 122-129.

- Phitthayarangsarit, S., Chotbenjamaphon, P., Pankrajang, P. (2016). Situation of Tobacco Control in Thailand 2016. Office of Tobacco Control Department of Disease Control Ministry of Public Health. Bangkok: Research center and manage knowledge for tobacco control Mahidol University.
- Sansern, R., Timsuwan, B., Lawang, W. (2013). The development of a care system for the disabled by using family and community as the base. *Journal of Nursing and educatio*, 6(3): 25-41.
- Suriyathai, C., Wongsit, S., Pankaew, S., Wongsukpisan, M. (2011) The effect of group empowerment on dyspnea and quality of life of patients with complicated obstructive pulmonary disease. *Journal of Public Health*. 20 (2): 313-322.
- Uthaiphatthanacheep, W., Khumtong, T., Ampairit, P., Ranoi, K., Jirasatsunthorn, S. (2013). Lessons on health behavior change by community Successful. Division of Health Education Ministry of Public Health. Nonthaburi
- World health organization. 2002. Innovative care for chronic condition : building block for action: global report. Retrieved 8, 2016
from <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/>.
- Wuttiwongchai, P., (2017). A Guide to preventing and controlling non-communicable diseases by communities as a Base: Reducing communities reduce chronic non-communicable diseases. Chronic non-communicable diseases group
Non-communicable diseases office Department of Disease Control Ministry of Public Health. Nonthaburi: Emotion Art Company Limited.